



PRAVENA

Naturheilkunde für
Frauen & Kinder
Heilpraktikerin Claudia Wiesian

Anamnesebogen

Patientendaten:

Name:

Geb.Datum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Hausarzt/ Gynäkologe:

Beruf:

Versicherungsstatus: privat gesetzlich zusatzversichert

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Akutanamnese:

Welche Beschwerden liegen aktuell vor?

Wo treten evtl. Schmerzen auf und in welcher Stärke (Skala 1-10)?

Gibt es einen Auslöser für die Beschwerden (OP, Trauer, geänderte Lebenssituation, Medikamente, Unfall, Impfungen...)?

Allgemein zur Person:

Größe:

Gewicht:

Rauchen Sie? (wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag)

Gesunderhaltung:

Treiben Sie Sport? (was und wie häufig)

Leiden Sie unter Stress?

Was unternehmen Sie zur Gesunderhaltung ihres Körpers und ihrer Seele?

Magen-Darm / Ernährung:

Haben Sie Verdauungsbeschwerden (Blähungen, Durchfall, weicher Stuhl, Aufstoßen, Völlegefühl, Helicobacter pylorii...)?

Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht oder haben eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?

Wie beschreiben Sie ihre Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, vollwert,...)?

Hatten Sie besondere Infektionserkrankungen (Influenza,...)? (wenn ja, wann)

Zähne und Kiefer:

Wie ist ihr Zahnstatus (Karies, Zahnwurzelbehandlung, Kronen,...)?

Wurden bei Ihnen größere kieferorthopädische Eingriffe vorgenommen?

Familienanamnese:

Sind Familienmitglieder an folgenden Erkrankungen erkrankt?

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall, tiefe Beinvenenthrombose (bitte unterstreichen)
- Asthma
- Bösartige Erkrankungen allgemein (wenn ja, welche: _____)
- Bösartige Erkrankungen im gynäkologischen Bereich (Mamma-CA, Ovarial-CA,...)
- Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten (bitte unterstreichen)
- Sonstiges: _____

Allgemeinanamnese:

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? (Schilddrüse,...)

Haben Sie Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates?

Leiden Sie unter Allergien (Tierhaare, Pollen, Nahrungsmittel, Medikamente,...)?

Wurden Sie schon einmal operiert? (wenn ja, warum und wo?)

Sind Sie in jüngster Vergangenheit geimpft? (wenn ja, welche Impfung und wann?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ NEM ein? (wenn ja, Bezeichnung, Wirkstärke und Dosierung)

Gynäkologische Anamnese:

Menstruation:

Wann hatten Sie das erste Mal ihre Periode?

Ist ihr Zyklus regelmäßig (z.B. alle 28 Tage)?

Wie lang dauert ihre Blutung?

Wie stark ist die Blutung (leicht bis sehr stark)?

Haben Sie Schmerzen vor/während/nach der Blutung?

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen / Müdigkeit / Kopfschmerzen / Brustschmerzen vor der Blutung?

Verhütung:

Nehmen/Nahmen Sie die Pille oder andere hormonelle Kontrazeptiva?
(wenn ja, welche)

Klimakterium/Menopause:

Wann sind Sie in die Wechseljahre gekommen?

Hatten/Haben Sie Beschwerden während der Wechseljahre?

Schwangerschaft:

Sind Sie/ Waren Sie schwanger? (wenn ja, welche SSW? /wie oft und wann?)

Hatten Sie Fehlgeburten?

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en)?

Gynäkologische Erkrankungen:

Leiden/Litten Sie unter folgenden gynäkologischen Erkrankungen:

- PCO-Syndrom
- Myome
- Zysten
- HPV/Gebärmutterhals-CA
- Endometriose
- Chron. Ausfluss > Geruch, Farbe, Konsistenz: _____
- Mamma-CA
- Ovarial-CA
- Uterus-CA
- Sonstiges: _____

Mussten Sie sich schon einmal einer Unterleibs-OP unterziehen?
(wenn ja, welcher und wann)

Sonstige Angaben:

