



Praxis für Naturmedizin & Prävention

Ulla Christine Gaßner · Heilpraktikerin

Anamnesebogen

Datum:

| | |
|------------------------|---------------|
| Name | |
| Vorname | |
| Straße | |
| PLZ/Wohnort | |
| Telefon/Mobil | |
| @mail: | |
| Beruf | |
| Familienstand/ Kinder: | Geburtsdatum: |

Heilpraktiker-Versicherung

ja

nein

Wenn ja, welche Versicherung:

Was führt Sie aktuell hierher/ welche Beschwerden haben Sie/ welche belasten Sie am meisten:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein:

| Präparat: | Dosierung: | Seit wann: |
|-----------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Gibt es Vorerkrankungen/ Allergien:

| |
|--|
| |
|--|

Blutdruck/ Puls, falls bekannt:

| |
|--|
| |
|--|

Hatten Sie schon Operationen und wann :

| |
|--|
| |
|--|

Gibt es familiär auftretende Erkrankungen (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder), z.B. Tumorerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, chronische Erkrankungen, Allergien etc.:

| Erkrankung: | Bei wem : |
|-------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Persönliches und berufliches Umfeld:

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leben Sie in einer stabilen Partnerschaft ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich in Ihrer Familie aufgenommen ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Freunde mit denen Sie reden können ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Wohnsituation wohl ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

| | | |
|---|--|----------------------------|
| Arbeiten Sie gerne in Ihrem Beruf ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter beruflichem Stress ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz starken Belastungen ausgesetzt (Mobbing, körperliche Arbeit, Schichtdienst) | <input type="radio"/> ja Welche: | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie beruflich oder privat besonderen Schadstoffen ausgesetzt (Dämpfe, Amalgam, Strahlung) | <input type="radio"/> ja Falls bekannt, welche: | <input type="radio"/> nein |

Lebensführung:

| | | |
|--|--------------------------|---|
| Essen Sie täglich Obst und Gemüse ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Essen Sie täglich Fleisch und Wurst ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Essen Sie täglich Süßes ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten ein ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Essen Sie Halbfertig/ Fertigprodukte ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nein |
| Kochen Sie selbst ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nein |
| Trinken Sie Alkohol ? Wenn ja – welche Art Alkohol ? Wieviel täglich ca. ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Konsumieren Sie Drogen und wenn ja welche ? | | |

| | | |
|---|--|--|
| Ist Ihr Schlaf erholsam ? | | |
| Schlafdauer beträgt ca. ? | Stunden | |
| Leiden Sie unter Einschlaf u./od. Durchschlafschwierigkeiten ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie in letzter Zeit auffallend Gewicht abgenommen oder zugenommen ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie gesteigerten Durst, evtl. auch nachts? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bemerken zur Zeit oder immer wieder erhöhte Temperaturen/ Fieber ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie psychische Probleme ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie nervös ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Kopfbereich

| | |
|--|---|
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen Wenn ja wie häufig: Wo treten Sie auf (Gesicht, Hinterhaupt, Vorderhaupt/Stirn, Nacken, ein-oder beidseitig) Anfallsartig ? Beschreiben Sie bitte den Schmerz (bohrend, ziehend, stechend, etc.) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Tritt bei Ihnen Schwindel auf | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Epileptische Anfälle | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Augenprobleme/ Erkrankungen ? Welcher Art ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Benutzen Sie Augentropfen ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Hörprobleme ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Beschwerden im Bereich der Ohren? Wenn ja, welche | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Beschwerden im Bereich des Nasen-Rachenraums ? Wenn ja, welche ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Benutzen Sie Nasentropfen/ Sprays | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Häufiges Nasenbluten | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Zahn/ Kieferprobleme ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Bemerken Sie Haarausfall ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Hals

| | |
|--|--|
| Haben Sie öfters Halsschmerzen ? Wenn ja, seit wann ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schluckbeschwerden/ Kloßgefühl | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Heiserkeit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Vergrößerung der Schilddrüse | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Brust

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Husten Wenn ja, seit wann ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Auswurf Wenn ja, wie sieht er aus ? (blutig, eitrig, etc.) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Atemnot In Ruhe ? Bei Belastung ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma Bronchiale | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Angina Pectoris Wie häufig und wann ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzen und/oder Druckgefühl im Brustraum ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzjagen/ Panikattacken | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzstolpern, Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rückenschmerzen Wenn ja, wo | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Bauch

| | | |
|---|---|----------------------------|
| Leiden Sie unter Bauchschmerzen ? Wenn ja – wo ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beschwerden vor dem Essen ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beschwerden während od. nach dem Essen ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sodbrennen – wenn ja, wann und wie häufig ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bestehen Unverträglichkeiten gegen bestimmte Speisen und Nahrungsmittel ? Wie macht sich das bemerkbar ? | <input type="radio"/> ja Gegen: Symptome: | <input type="radio"/> nein |

| | | |
|--|---|---|
| Tritt bei Ihnen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall u./od. Verstopfung auf ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Blähungen ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wie häufig haben Sie Stuhlentleerungen ? | <input type="radio"/> mehrmals täglich <input type="radio"/> alle 2-3 Tage | <input type="radio"/> 1 mal <input type="radio"/> 1/Wo |
| Beschreiben Sie bitte den Stuhl in Form, Farbe Ist der Stuhl übelriechend | <input type="radio"/> geformt <input type="radio"/> breiig <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> fest <input type="radio"/> flüssig <input type="radio"/> nein |
| Bemerkten Sie Blut im Stuhl ? Sonstige Veränderungen und seit wann ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | | |
| | | |

Gliedmaßen

| | | |
|---|--|---|
| Geschwollene Gelenke | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | <input type="radio"/> manchmal nach: | |
| Schmerzhafte Gelenke | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | <input type="radio"/> manchmal nach: | |
| Gelenksveränderungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wärme oder Rötungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlafen Ihnen die Hände ein (z.B. nachts) ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zittern Ihre Hände manchmal ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Durchblutungsstörungen ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen (Taubheitsgefühl od. Kribbeln) in Armen/ Händen/ Beinen/ Füßen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Krampfadern ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Treten Wadenkrämpfe auf ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzen in den Beinen/ Füßen ? Wie häufig | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | | |

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Geschwollene Beine/Füße/Knöchel Wie häufig | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist Ihre schmerzfreie Gehstrecke eingeschränkt ? Wenn ja – ab welcher Strecke treten Schmerzen auf ? Müssen Sie deshalb stehen bleiben ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzen in Hüfte/ Knie/ Fußgelenk ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haut

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Hautausschlägen ? Wenn ja, welcher Art (z.B. eitrig, pickelig, schuppig...) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hautjucken Wenn ja, an welchen Stellen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlechte Wundheilung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blaue Flecken, auch nach Bagatellen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige | | |

Niere/ Harnblase/ Geschlechtsorgane

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Schmerzen in der Nierengegend | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Vermehrtes Wasserlassen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Vermindertes Wasserlassen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nächtliches Wasserlassen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| (Blutiger) Ausfluss aus der Harnröhre | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Veränderung von Farbe und Geruch des Urins | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erektile Dysfunktion | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Gynäkologie

| | |
|---|---|
| Erste Monatsblutung | ..... |
| Letzte Monatsblutung | ..... |
| Zyklusdauer |Tage |
| Blutung (z.B. schwach, hellrot, etc.) | ..... |
| Beschwerden im Zusammenhang mit der Monatsblutung | ..... ..... ..... |
| Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wie viele Schwangerschaften | ..... |
| Wie viele Geburten | ..... |
| Ausfluss, außerhalb des normalen Zyklusgeschehens | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Beschwerden im Bereich der Brüste | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Tasten Sie den Bereich der Brüste und Achseln regelmäßig ab ? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wie verhüten Sie im allgemeinen? | ..... |
| Nehmen Sie Ovulationshemmer ein ? | ..... |
| Seit wann ? | ..... |
| Wie heißt Ihre Pille ? | ..... |

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen idealerweise vor Ihrem Termin zu, oder bringen ihn zu Ihrem Termin mit.

Danke.

Krämerstraße 16 · 72764 Reutlingen

Tel. 07121 · 7558010 und 137494, mobil 0151-16619261

praxis@naturheilt.net / www.naturheilt.net
