

## Anamnese Fragebogen

### Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Handynummer

Privatversichert bei \_\_\_\_\_

mit Beihilfe

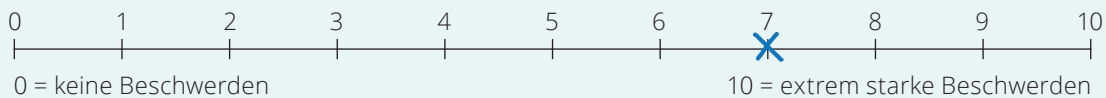
Gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_

Damit ich Sie bestmöglich behandeln kann, füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus und nehmen Sie sich genug Zeit. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

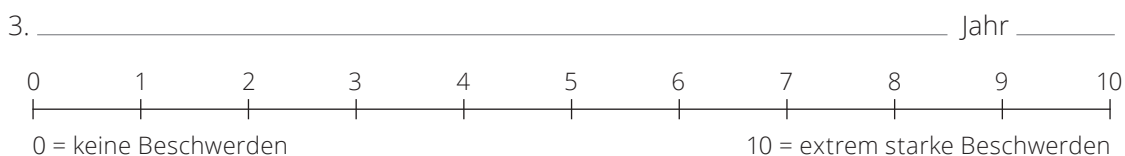
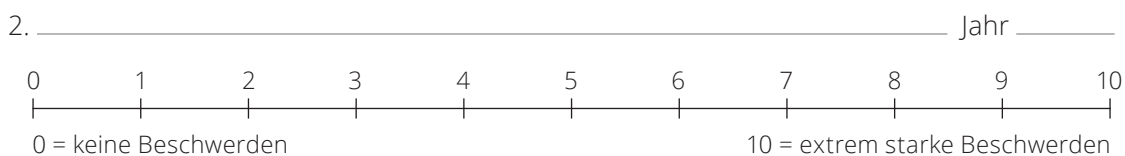
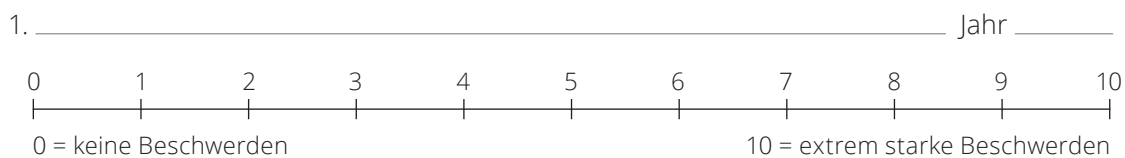
Wichtig: Bitte ordnen Sie jedes Symptom auf einer Skala von 0 bis 10 ein, um die Intensität zu bestimmen und benennen Sie auch, in welchem Jahr das Symptom zum ersten Mal aufgetreten ist. Je genauer Sie Ihr Symptom beschreiben, desto besser kann ich Sie bei Ihrer Heilung unterstützen.

Beispiel: *regelmäßige Kopfschmerzen im Stirnbereich (7) seit 2016*

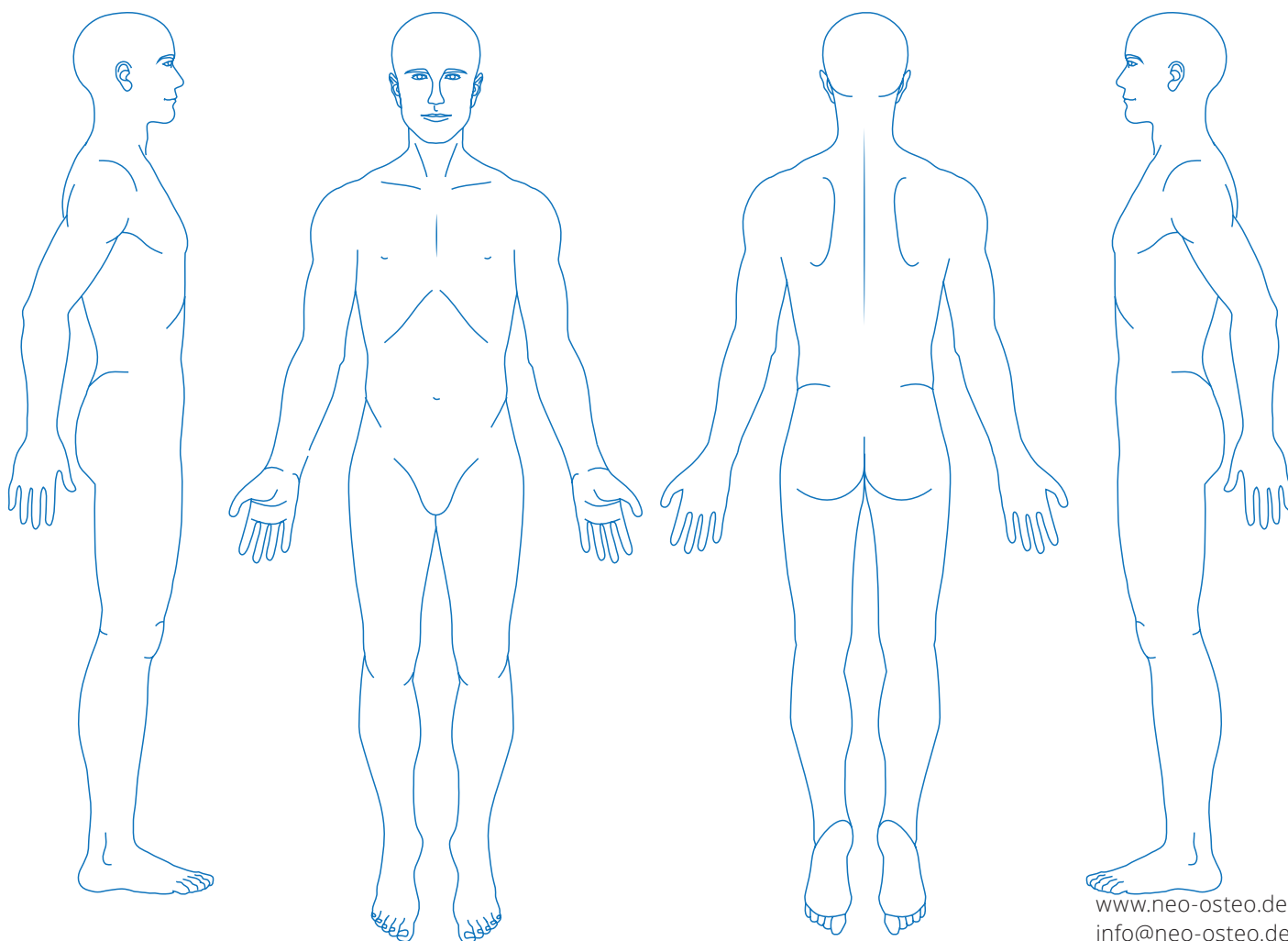
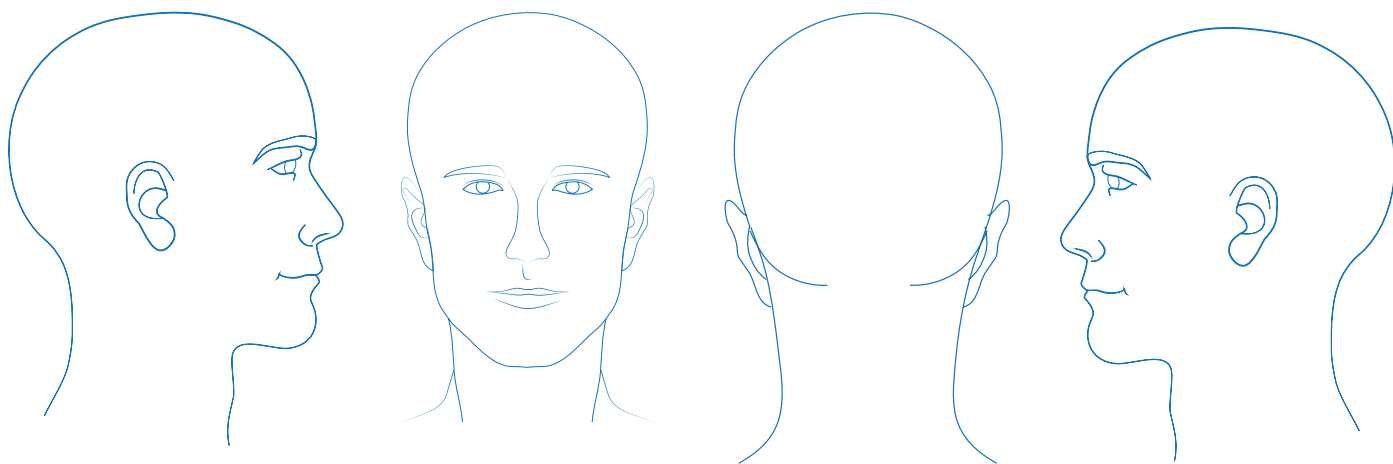


### Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Nennen Sie bitte Ihre drei Hauptbeschwerden und die schulmedizinische Diagnose, soweit bekannt.



Bitte markieren Sie hier die Stelle Ihrer Beschwerden.



**Was könnte kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ein möglicher Auslöser gewesen sein?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, etc.

---

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) bekannt?**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, etc.

---

---

---

---

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

- |  |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG)           | <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Pocken     |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio)       | <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Grippe     |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                  | <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Tetanus                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Borreliose |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenza (HIB) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> FSME       |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten                 | <input type="checkbox"/> Cholera     | <input type="checkbox"/> Tollwut    |

andere: \_\_\_\_\_

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, etc.?

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Tetanus                    | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten  |
| <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio)      | <input type="checkbox"/> Tuberkulose        |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Malaria                    | <input type="checkbox"/> Borreliose         |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Salmonellose               | <input type="checkbox"/> FSME               |
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Ruhr                       | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Scharlach   | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Herpes             |
- andere: \_\_\_\_\_

**Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?**

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Wo haben Sie Narben?**

Bitte auch kleine Narben eintragen, alle mit Jahreszahl der Entstehung. Wichtig!  
Bitte kennzeichnen Sie alle Narben auch in den Zeichnungen auf Seite 2.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt?**

Biologische Therapien wie z.B. Sauerstoff, aber auch Infusionen, Spritzen, Medikamente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

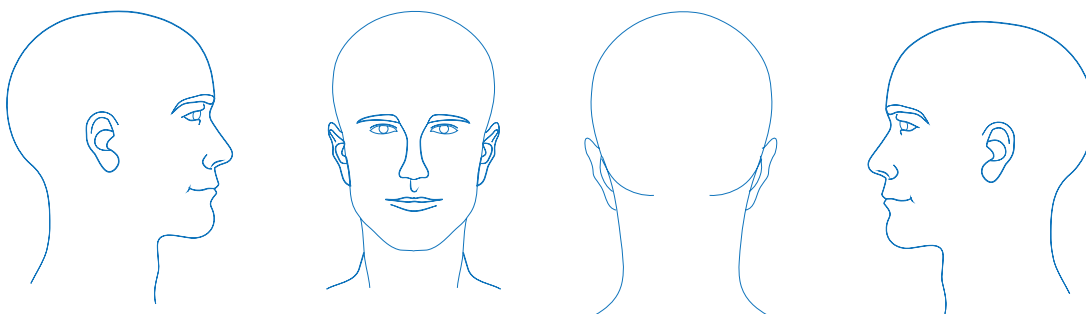
## KOPF

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**  Ja  Nein

Falls ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Wann treten die Schmerzen auf? z.B. morgens, abends \_\_\_\_\_

In welchem Bereich des Kopfs treten die Schmerzen auf?  
Bitte markieren Sie die Stellen in der Zeichnung.



Was könnten Auslöser Ihrer Kopfschmerzen sein? \_\_\_\_\_

Was lindert den Schmerz? Was verschlimmert ihn? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Haarausfall, kreisrundem Haarausfall oder Schuppen?**

Wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Erkrankungen der Augen?**

z.B. Bindehautentzündung, Grauer Star, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Makula-Degeneration?  
Wurde bei Ihnen Lasertherapie angewendet?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Leiden Sie unter Erkrankungen der Ohren?

z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen oder Geräuschempfindlichkeit?

Wenn ja, links, rechts oder beidseitig?

---

---

### Zähne und Kiefer

- |   |                             |                               |               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| Weisheitszähne gezogen                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____ |
| Gibt es wurzelbehandelte Zähne              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____ |
| Zahnfleischblutung                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |               |
| Gibt es tote Zähne?                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____ |
| Empfindliche Zähne auf heiß/kalt            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____ |
| Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Wann?         |
| Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |               |

Zahnfüllmaterialien aktuell

- Amalgam    Gold    Kunststoff    Keramik    Implantate

### Nase

Wurden Sie an der Nase operiert, leiden Sie unter Heuschnupfen oder Allergien?

---

### Mandeln

Hatten oder haben Sie häufig Mandelentzündungen oder Halsschmerzen?  
Wurden Ihnen die Mandeln operativ entfernt?

---

### Leiden Sie unter Erkrankungen der Schilddrüse?

z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto? Oder wurden Sie an der Schilddrüse operiert?

---

## BRUST UND BAUCH

### Brustdrüse

Beschwerden (z.B. Knoten, Zysten) oder Operationen?

---

### Herz

Beschwerden (z.B. Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen) oder Operationen (z.B. Bypass)

---

### Blutdruck

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Nehmen Sie in diesem Zusammenhang Medikamente?

---

### Lunge

Beschwerden (z.B. Bronchitis, häufiger Husten, Auswurf, Lungenentzündung)

---

### Leber

Beschwerden (z.B. Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher)

---

### Galle

Beschwerden (z.B. Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit) oder Operationen

---

### Magen

Beschwerden (z.B. Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittel-Allergien, Sodbrennen)

---



### **Darm**

Beschwerden (z.B. Durchfall, Bauchschmerzen, Luft im Bauch, etc.)?

---

### **Stuhlgang**

Täglich / jeden 2., 3. oder 4. Tag / unregelmäßig?

---

### **Niere und Blase**

Beschwerden (z.B. Nierensteine, Entzündungen selten / häufig, Stechen im Rücken rechts / links, Reizblase)

---

## **ARME, BEINE, RÜCKEN UND HAUT**

### **Arme**

Beschwerden (z.B. Verletzungen, Schmerzen, Tennis-Ellenbogen, Kribbeln, kalte Hände) und Operationen

---

### **Beine**

Beschwerden (z.B. Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden) und Operationen

---

### **Haut und Nägel**

Beschwerden (z.B. Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, Hautallergien auf Cremes etc.)

---

♀ **BEREICH**

**Gynäkologie**

Leiden Sie unter Beschwerden? Hatten Sie Operationen?

---

---

Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? \_\_\_\_\_

♂ **BEREICH**

**Prostata**

Beschwerden (z.B. vergrößerte Prostata, Entzündungen aktuell / früher, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen)

---

---

Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? \_\_\_\_\_

**ALLGEMEINES**

**Schlaf**

Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen \_\_\_\_\_

---

---

**Träume**

schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

---

### Treiben Sie Sport?

Welche Sportarten? \_\_\_\_\_

Wie häufig? \_\_\_\_\_

### Ernährung

Verlangen nach süß / sauer / pikant / salzig / Fleisch / Eier / Obst / Nikotin / Alkohol

Abneigung gegen süß / sauer / pikant / salzig / Fleisch / Alkohol

Allergien gegen \_\_\_\_\_

---

### Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

z.B. vegetarisch, vegan  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Wie viel Wasser und Tee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja, Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

### HÄUSLICHER BEREICH

Haben Sie Haustiere? Welche? \_\_\_\_\_

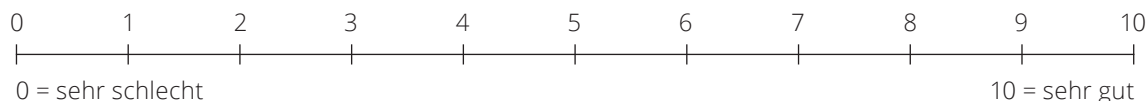
Welche elektrischen Geräte befinden sich in Ihrem Schlafbereich? \_\_\_\_\_

---

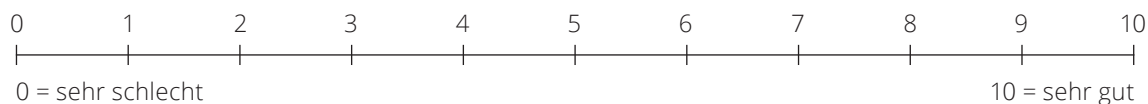
Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien oder Schwermetalle? Welche?

---

**Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zur Zeit?**



**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung?**



**Zuletzt möchte ich Sie darum bitten, Ihre Krankengeschichte (alle bisherigen Erkrankungen und Operationen mit Jahreszahlen) chronologisch aufzuschreiben. Nutzen Sie dazu bei Bedarf gern auch die Rückseite.**

**Geschafft! Ich bedanke mich herzlich für Ihr Durchhaltevermögen.  
Je besser ich mich vorbereiten kann, desto mehr Erfolg haben wir bei der Behandlung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteils)