

## Anamnese Fragebogen

### Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Handynummer

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

mit Beihilfe

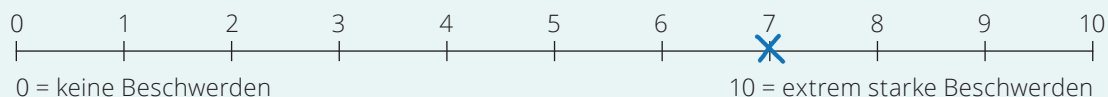
Gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_

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

Damit ich dich bestmöglich behandeln kann, fülle diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus und nimm dir genug Zeit. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

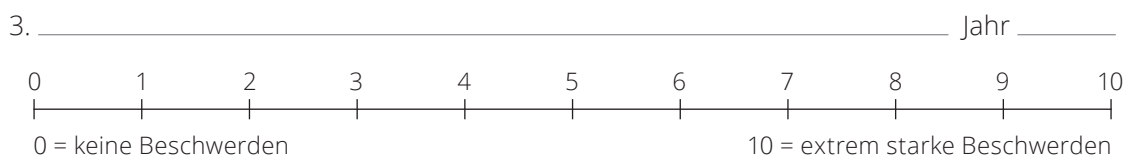
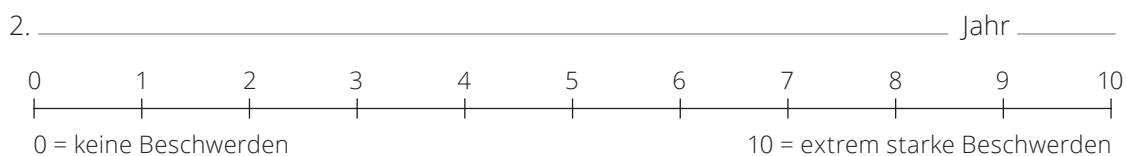
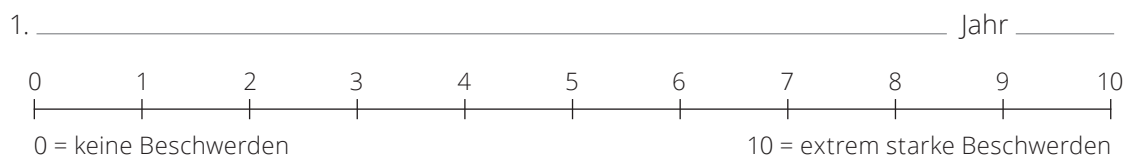
Wichtig: Bitte ordne jedes Symptom auf einer Skala von 0 bis 10 ein, um die Intensität zu bestimmen und benenne auch, in welchem Jahr das Symptom zum ersten Mal aufgetreten ist. Je genauer du dein Symptom beschreibst, desto besser kann ich dich bei deiner Heilung unterstützen.

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

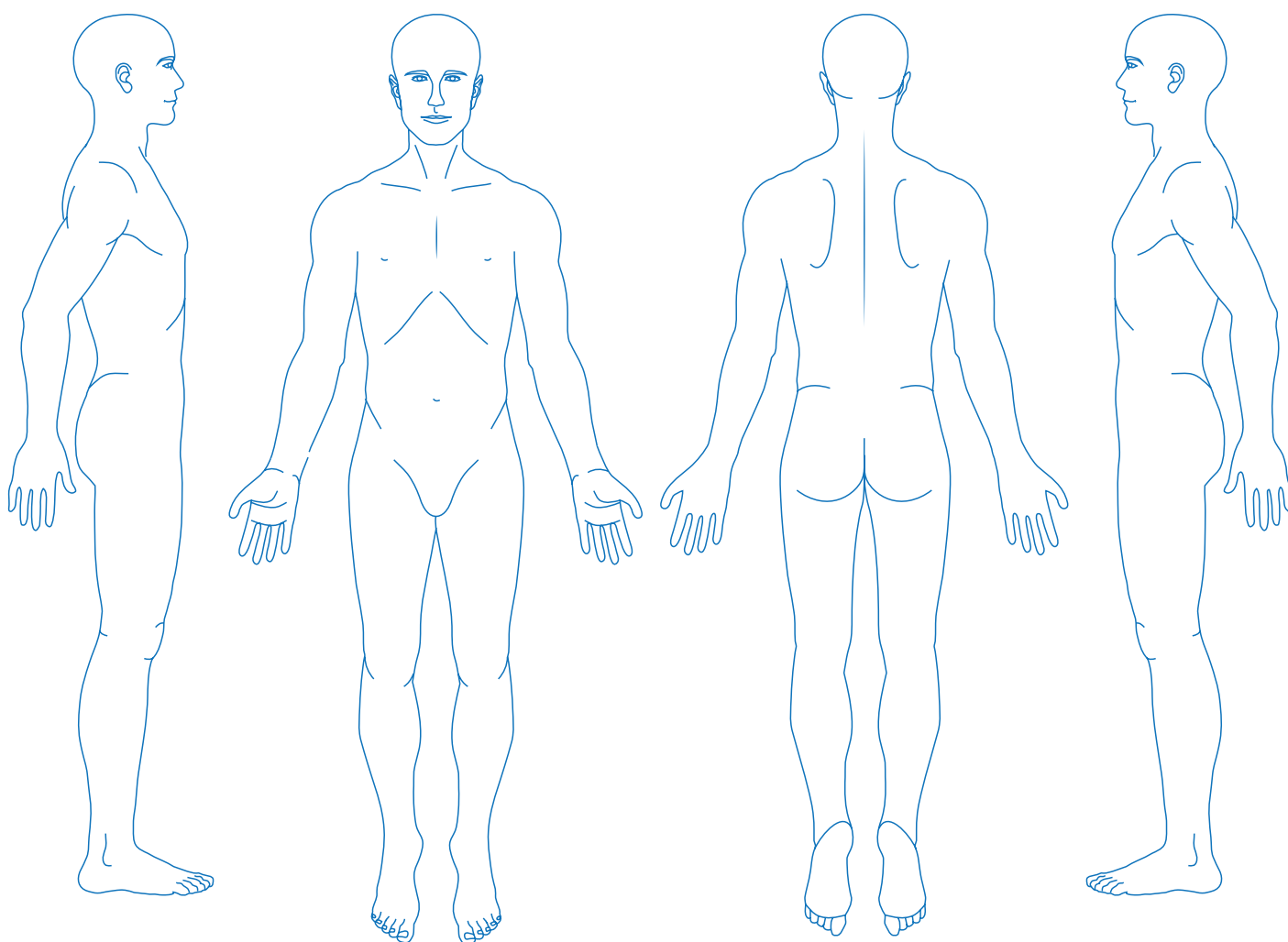
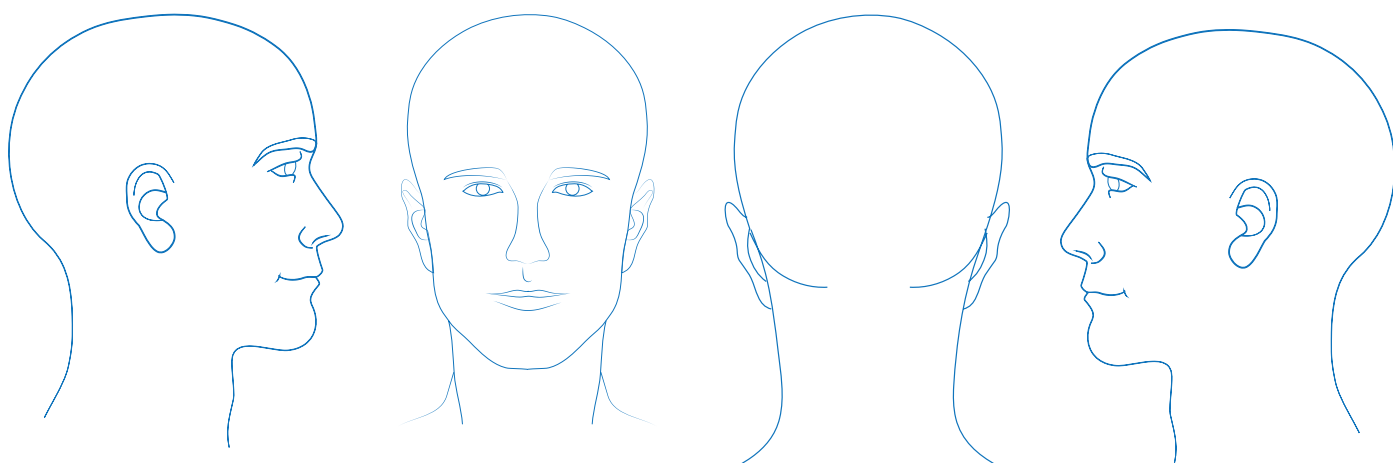


### Unter welchen Beschwerden leidest du aktuell?

Nenne bitte deine drei Hauptbeschwerden und die schulmedizinische Diagnose, soweit bekannt.



Bitte markiere hier die Stelle deiner Beschwerden.



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

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

---

**Welche Krankheiten sind dir in deiner 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 hast du 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    |
| <input type="checkbox"/> COVID-19                    |                                      |                                     |

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

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

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

---

**Welche Infektionskrankheiten hast du 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             |
| <input type="checkbox"/> COVID-19      |   |   |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ |   |   |

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

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Wo hast du Narben?**

Bitte auch kleine Narben eintragen, alle mit Jahreszahl der Entstehung. Wichtig!  
Bitte kennzeichne alle Narben auch in den Zeichnungen auf Seite 3.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

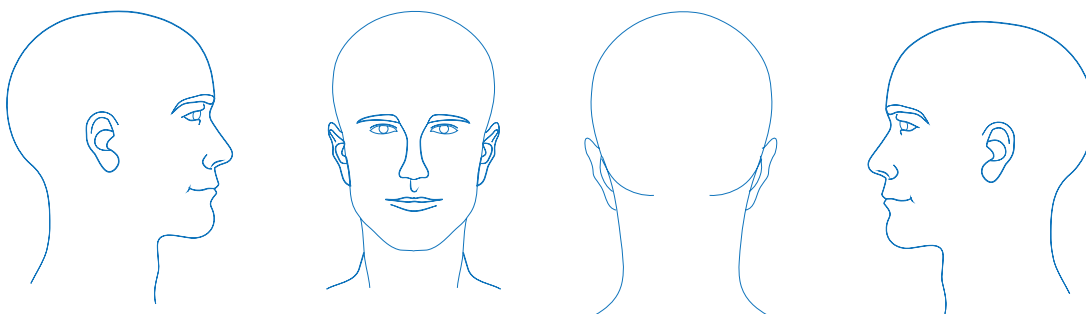
## KOPF

**Leidest du 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 markiere die Stellen in der Zeichnung.



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

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

\_\_\_\_\_

**Leidest du unter Haarausfall, kreisrundem Haarausfall oder Schuppen?**

Wenn ja, seit wann?

\_\_\_\_\_

**Leidest du unter Erkrankungen der Augen?**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Leidest du 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 dir 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

Wurdest du an der Nase operiert, leidest du unter Heuschnupfen oder Allergien?

---

### Mandeln

Hattest oder hast du häufig Mandelentzündungen oder Halsschmerzen?  
Wurden dir die Mandeln operativ entfernt?

---

### Leidest du unter Erkrankungen der Schilddrüse?

z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto? Oder wurdest du 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**

Leidest du unter Bluthochdruck? Nimmst du 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**

Leidest du unter Beschwerden? Hattest du Operationen?

---

---

Wann war dein letzter Krebsvorsorgetermin? \_\_\_\_\_

♂ **BEREICH**

**Prostata**

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

---

---

Wann war dein 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

---

### Treibst du 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 \_\_\_\_\_

---

### Lebst du nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

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

Wie viel Wasser und Tee trinkst du pro Tag? \_\_\_\_\_

Rauchst du?  Nein  Ja, Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

Trinkst du Alkohol?  Nein  Ja, Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

### HÄUSLICHER BEREICH

Hast du Haustiere? Welche? \_\_\_\_\_

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

---

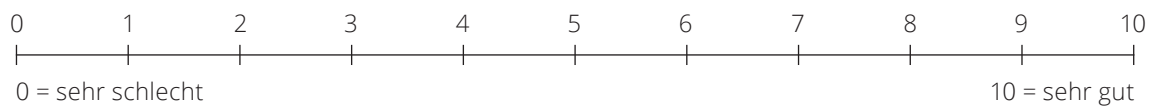
Hast oder hattest du beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien oder Schwermetalle? Welche?

---

**Wie beurteilst du deinen Fitnesszustand zur Zeit?**



**Wie beurteilst du deine derzeitige seelische Verfassung?**



**Bitte liste mir deine aktuellen Medikamente und Supplemente auf:**

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

Ort, Datum

Unterschrift  
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteils)