

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut wie möglich aus und schicken uns diesen vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Kathrin Titze-Freidhöfer
Heilpraktikerin

Name _____

Straße, PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Geburtsort _____ Geburts-Uhrzeit _____

Beruf _____

E-Mail _____

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Krankenkasse (privat/gesetzlich): _____

Wenn gesetzlich – Zusatzversicherung für Heilpraktiker: ja _____ nein _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen Sie zu mir kommen?

2. **Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?**

3. **Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:**

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | |

4. **Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Blinddarm
 Mandeln
 Sonstiges _____

5. **Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:**

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure
(z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | |
| <input type="checkbox"/> Metalle | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ | | |

6. **Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

7. **Für Patientinnen, bitte ausfüllen:**

Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung regelmäßig schmerzhaft
 unregelmäßig keine mehr seit:

Dammschnitt/Dammriss ja nein Kaiserschnitt

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person:

Größe _____ Körpergewicht _____ Anzahl _____ Zigaretten/Tag _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Covid-Impfung? (ja/nein) _____

Wenn ja: Anzahl _____ Wann _____

Typ? (Biontec, Astra, Moderna, J&J) _____

Covid-Erkrankung? (ja/nein; wenn ja, wann) _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? _____
(Ein-, Durchschlafen, Tagesmüdigkeit)

10. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

11. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

Amalgam

Amalgam entfernt

Kunststoff

Gold

Keramik

Weisheitszähne vorhanden? ja

nein

Implantate

ja

nein

12. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | | |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

13. Kälte- o. Wärmeempfindlich? ja nein

14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. beilegen.

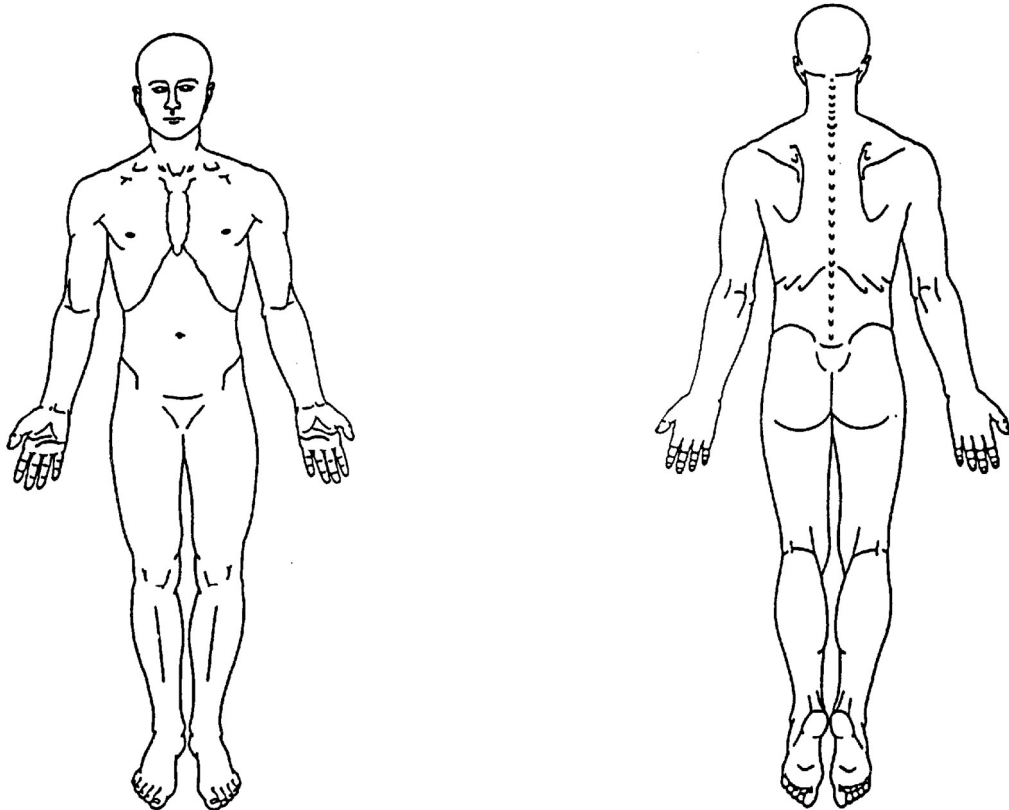
15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Chronologische Krankheitsgeschichte: Bitte erfassen Sie kurz alle bisherigen Erkrankungen die Sie durchgemacht haben?

Datum, Unterschrift _____

Welche Narben, Tattoos bzw. Schmerzstellen haben Sie am Körper?

Bitte in den Figuren mit **blauem** Stift die **Narben, Tattoos** und mit **rotem** Stift die **Hauptschmerzstellen** einzeichnen.



Bitte kreuzen Sie an:

Schmerzskala für den Hauptschmerz: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1 schwach, 5 mittel, 10 stark)

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wann treten die Schmerzen auf? _____

Narben: Spüren Sie die Narben? ja nein

