

Anamnesebogen

Zur individuellen gesundheitlichen Einschätzung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.
Er dient dazu, Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben
und eine anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

HEILPRAXIS

Maria Runge

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin folgende Unterlagen mit:

Ausgefüllter und unterschriebener Anamnesebogen

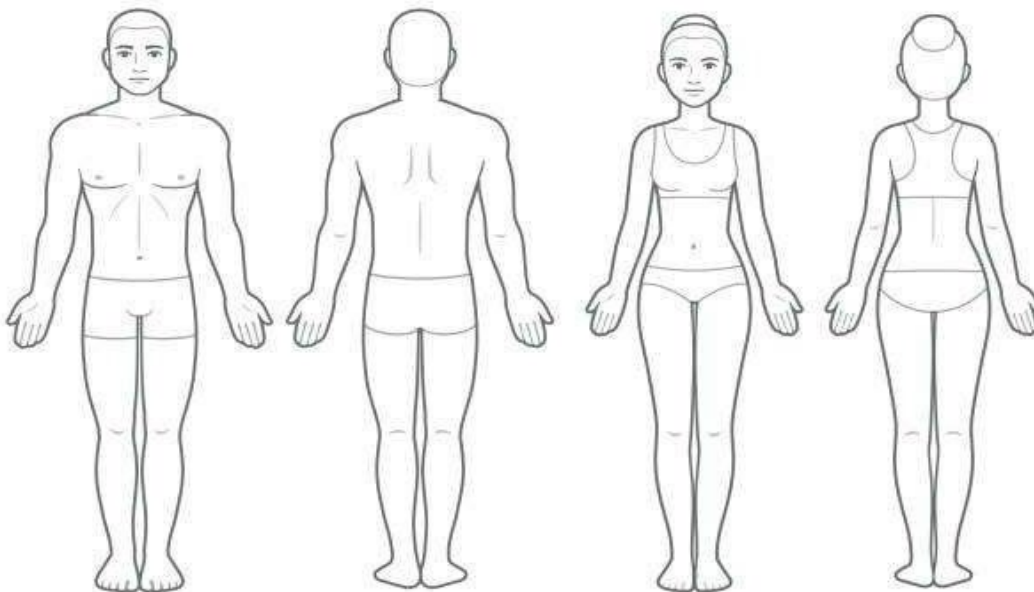
Falls möglich unterschriebener Behandlungsvertrag sowie Datenschutz (siehe website download)

Befunde von Heilpraktiker, Arzt, Krankenhaus sowie Medikamentenplan, Impfausweis

Sonstiges: _____

Persönliche Daten des Patienten	
Vorname / Nachname	
Geburtsdatum / Geburtsort	
Beruf / Tätigkeit	
Familienstand / Kinder mit Geburtsjahr	
Blutdruck / Puls (<i>falls bekannt</i>)	
Körpergröße / Gewicht (<i>falls bekannt</i>)	

Bitte zeichnen Sie vorerst Ihre Beschwerden ein.



Aktuelle Beschwerden	Seit wann?
Bisherige Behandlungen	Erfolg?
Sonstige bekannte Erkrankungen / Operationen	Wann?
Medikamente / Präparate	Dosierung
Familiär gehäuft auftretende Erkrankungen	Wer? Welche?
Soziale Anamnese	
Gutes Verhältnis in Familie / Freundschaften	o ja o nein
Wohnverhältnisse groß / klein (Wohnung, Haus, ..)	
Schadstoffbelastungen zuhause / Arbeitsplatz / etc. (Schimmel, Elektrosmog, ...)	o ja o nein welche?
Allergien / Unverträglichkeiten	Welche?
Nahrungsmittel Gluten, Laktose, Weizen, Nüsse etc.	
Heuschnupfen / Pollenallergie / saisonales Auftreten	
Allergie gegen bestimmte Medikamente	

Nahrungsmittelverzehr	Wie oft?		
Kuhmilchprodukte			
Zucker / Süßigkeiten / Kuchen			
Weizenprodukte			
Fleisch – und Fleischprodukte			
Fisch – und Fischprodukte			
Obst			
Gemüse			
Nüsse			
Weitere :			
Allgemeine Lebensführung			
Tägliche Trinkmenge (ohne Kaffee, Alkohol)			
Kaffeegenuss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wieviel?
Alkoholgenuss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wieviel?
Rauchen (Nikotin, Cannabis etc.)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	was?
Drogenkonsum	<input type="radio"/> ja Wie oft?	<input type="radio"/> nein	welche?
Hobbys / Sport / Verein			
Schlafen Einschlafprobleme / Durchschlafprobleme Träumen etc.	<input type="radio"/> ja Wie oft?	<input type="radio"/> nein	was?
Sorgen / Nervosität	<input type="radio"/> ja Wie oft?	<input type="radio"/> nein	was?
Psychische Probleme (Zwänge, Ängste, Panik, Depressionen, etc.)	<input type="radio"/> ja Wie oft?	<input type="radio"/> nein	welche?
Gewichtsschwankungen	<input type="radio"/> ja Zeitraum?	<input type="radio"/> nein	wieviel?
Starker Nachtschweiß	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wie oft?
Fieber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wie oft?
Impfungen in letzter Zeit	Wann?		
Kopfbereich			
Schwindel / Ohnmacht / epileptische Anfälle	<input type="radio"/> ja Wie oft?	<input type="radio"/> nein	welche?
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/> ja wann? Trigger/wodurch?	<input type="radio"/> nein	wo?
Augen / Sehen Brille, Erkrankungen etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Ohren / Hören Hörgeräte, Tinnitus etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Nase / Riechen Nebenhöhlenprobleme, Belüftung, Nasenbluten Schnarchen etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Haare Haarausfall, Haarbruch frühzeitiges Ergrauen etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Kiefer Sperre, Knacken, Kauprobleme etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Zähne Füllungen / Implantate / Wurzelbehandlungen Amalgamentfernung Knirsch-schiene / Zahnsperre etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?

Halsbereich			
Halsschmerzen / Heiserkeit / Schluckbeschwerden / Kloßgefühl etc.	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Gaumenmandeln vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zeitpunkt?
Schilddrüse Vergrößerung / Kropf	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit wann?
Abdominalbereich			
Husten / Auswurf / Atemnot / Astmabronchiale Anfälle	<input type="radio"/> ja seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Druckgefühl Herzgegend / Schmerzen in der Brust	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Herzjagen / Herzstolpern / Pulsauffälligkeiten	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Bauchschmerzen / Rückenschmerzen im Zusammenhang mit Bauchbeschwerden	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Unverträglichkeit fetter / scharfer Speisen	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Abneigung gegen Fleisch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit wann?
Übelkeit / Erbrechen / Völlegefühl / Sodbrennen	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Koliken / Blähungen	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Blinddarm vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zeitpunkt?
Stuhlgang: Wie oft Auffälligkeiten in Aussehen / Farbe / Beschaffenheit Blutauflagerungen, Probleme beim Stuhlabsetzen, Inkontinenz			
Gliedmaßen			
Steife / geschwollene Gelenke	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Nächtliches „Händeeinschlafen“ Gefühlsstörungen / Sensibilitätsstörungen Händezittern, Kältegefühl	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Lähmungen / Bewegungseinschränkungen	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Krämpfe Beine / Waden / Füße Schmerzen	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Haut			
Hautveränderungen / Ausschläge / Juckreiz	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Hämatomneigung schnell?	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Wundheilung	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> langsam / schlecht	
Harn – und Geschlechtsorgane			
Schmerzen in der Nierengegend / Rücken / Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Auffälligkeit des Urins Farbe dunkel / hell / rot (blutig), Menge	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Kontinenz / Inkontinenz	<input type="radio"/> ja Seit wann?	<input type="radio"/> nein	welche?
Reduzierter Harnstrahl / ungleichmäßiger Harnstrahl	<input type="radio"/> ja wie oft?	<input type="radio"/> nein	
Nächtliches Wasserlassen	<input type="radio"/> ja wie oft?	<input type="radio"/> nein	
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

Gynäkologie	
Schwangerschaft	o ja o nein Zeitpunkt?
Regelblutung Auffälligkeiten in Dauer / Stärke Menopause	o ja o nein
Sekret aus der Scheide Physiologische Norm Auffälligkeiten in Geruch / Menge	o ja o nein
Verhütung Hormonell Zyklisch etc.	o ja o nein welche?
Brustveränderungen / fühlbare Knoten / Schmerzareale / Sekretaustritt aus der Brustwarze	o ja o nein welche?

Der Patient versichert mit seiner Unterschrift, die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben, nachträgliche Veränderungen sind der Heilpraktikerin unaufgefordert mitzuteilen.

Freital, den _____

HEILPRAXIS

Maria Runge

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Stempel/Unterschrift Heilpraktikerin

Evaluiert	Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift Heilpraktikerin