

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

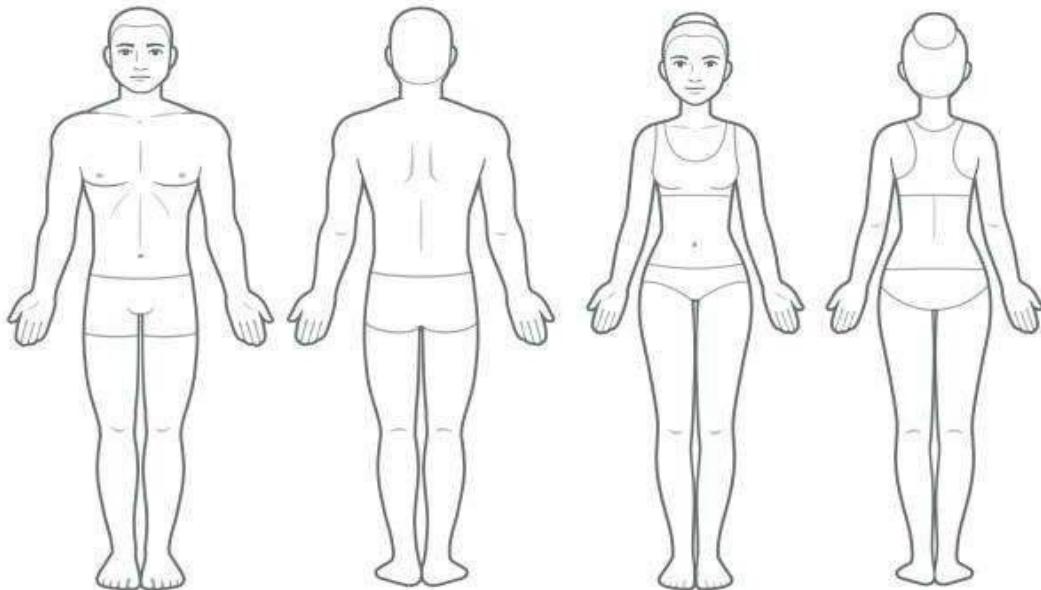
Falls möglich unterschriebener Behandlungsvertrag sowie Datenschutz (siehe website download)

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	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wohnverhältnisse groß / klein (Wohnung, Haus, ..)	
Schadstoffbelastungen zuhause / Arbeitsplatz / etc. (Schimmel, Elektrosmog, ...)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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	o ja	o nein	wieviel?
Alkoholgenuss	o ja	o nein	wieviel?
Rauchen (Nikotin, Cannabis etc.)	o ja	o nein	was?
Drogenkonsum	o ja	o nein	welche? Wie oft?
Hobbys / Sport / Verein			
Schlafen Einschlafprobleme / Durchschlafprobleme Träumen etc.	o ja	o nein	was? Wie oft?
Sorgen / Nervosität	o ja	o nein	was? Wie oft?
Psychische Probleme (Zwänge, Ängste, Panik, Depressionen, etc.)	o ja	o nein	welche? Wie oft?
Gewichtsschwankungen	o ja	o nein	wieviel? Zeitraum?
Starker Nachtschweiß	o ja	o nein	wie oft?
Fieber	o ja	o nein	wie oft?
Impfungen in letzter Zeit	Wann?		
Kopfbereich			
Schwindel / Ohnmacht / epileptische Anfälle	o ja	o nein	welche? Wie oft?
Kopfschmerzen / Migräne	o ja	o nein	wo? wann? Trigger/wodurch?
Augen / Sehen Brille, Erkrankungen etc.	o ja	o nein	welche?
Ohren / Hören Hörgeräte, Tinnitus etc.	o ja	o nein	welche?
Nase / Riechen Nebenhöhlenprobleme, Belüftung, Nasenbluten Schnarchen etc.	o ja	o nein	welche?
Haare Haarausfall, Haarbruch frühzeitiges Ergrauen etc.	o ja	o nein	welche?
Kiefer Sperre, Knacken, Kauprobleme etc.	o ja	o nein	welche?
Zähne Füllungen / Implantate / Wurzelbehandlungen Amalgamentfernung Knirsch-schiene / Zahnspange etc.	o ja	o nein	welche?

Halsbereich			
Halsschmerzen / Heiserkeit / Schluckbeschwerden / Kloßgefühl etc.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
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	<input type="radio"/> nein	welche? seit wann?
Druckgefühl Herzgegend / Schmerzen in der Brust	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Herzjagen / Herzstolpern / Pulsauffälligkeiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Bauchschmerzen / Rückenschmerzen im Zusammenhang mit Bauchbeschwerden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Unverträglichkeit fetter / scharfer Speisen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Abneigung gegen Fleisch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	seit wann?
Übelkeit / Erbrechen / Völlegefühl / Sodbrennen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Koliken / Blähungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
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	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Nächtliches „Händeeinschlafen“ Gefühlsstörungen / Sensibilitätsstörungen Händezittern, Kältegefühl	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Lähmungen / Bewegungseinschränkungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Krämpfe Beine / Waden / Füße Schmerzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Haut			
Hautveränderungen / Ausschläge / Juckreiz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Hämatomneigung schnell?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
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	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Auffälligkeit des Urins Farbe dunkel / hell / rot (blutig), Menge	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche?
Kontinenz / Inkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche? Seit wann?
Reduzierter Harnstrahl / ungleichmäßiger Harnstrahl	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein wie oft?	
Nächtliches Wasserlassen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein wie oft?	
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

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