

Anamnesebogen

Liebe Patientin, in der Naturheilkunde ist eine gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von allergrößter Bedeutung. Da mein Behandlungsansatz ganzheitlich ist, bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mögliche Verbindungen und eventuelle Ursachen der Gesundheitsstörungen, ergründen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken Sie mir diesen, vor Ihrem Termin, per Mail, per Post zu. Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, bringen Sie den Anamnesebogen zu Ihrem ersten Termin mit.

Vielen Dank!

Ihre Emilia Koch- Heilpraktikerin

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Email _____

Beruf _____

Familienstand _____

1. Ihre aktuellen Beschwerden, weswegen kommen Sie in die Praxis?

2. Wo sind die Beschwerden?

3. Seit wann haben Sie die Beschwerden und gab es Auslöser?(z.B. Erkrankung, Unfall, Trauer, Impfung, Medikamente, Kummer, Stress, Reisen usw.)

4. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen: Masern ___ Röteln ___ Windpocken ___ Mumps ___ Scharlach ___ Andere _____

5. Hatten Sie Operationen und wenn ja welche und ca. wann?

6. Liegen Allergien vor? Heuschnupfen ___ Tierhaare ___ Hausstaub ___ Penicillin ___ Lidocain ___ Pollen ___ Milben ___ Metalle ___ Nahrungsmittel, bitte nennen: _____

Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

7. Welche Erkrankungen traten in Ihrer Familie (gehäuft) auf? Bluthochdruck ___ Diabetes ___ Fettstoffwechselstörung ___ Herzinfarkt ___ Asthma ___ Lungenerkrankungen ___ Krebs ___ Erbkrankheiten ___

Sonstige _____

8. Für Patientinnen, bitte ausfüllen: Anzahl Schwangerschaften ___ Komplikationen dabei ja ___ nein ___ Anzahl Geburten ___ Einnahme Pille ja ___ nein ___ Monatsblutung regelmäßig ___ unregelmäßig ___ schmerzhaft ___ Menopause ___ seit

wann _____

9. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

10. Zur Ihrer Person Größe _____ Körpergewicht _____

Anzahl Zigaretten/Tag _____ seit Alter _____

Wieviel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wieviel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich und welchen? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Gegen welche Nahrungsmittel haben Sie Abneigungen? _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist Schlafverhalten(einschlafen/durchschlafen)? _____

11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen: Bluthochdruck___ Diabetes___
Magenerkrankungen___ Tumorerkrankungen___ Nierenerkrankungen___ Hautkrankheiten___
Rheuma___ Asthma___ Herzerkrankungen___ Depressionen___ Gicht___ Gallensteine___
Fettstoffwechselstörung___ Lebererkrankung___ Schilddrüsenerkrankung___ Sonst.chronische
Erkrankungen_____

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

13. Wie ist Ihre Verdauung? Völlegefühl n. d. Essen___ vermehrte Blähungen___ Verstopfung___
Sodbrennen___ vermehrt Aufstoßen___ Hämorrhoiden___ Gastritis___ Durchfall___
Magengeschwür___ Appetitlosigkeit___ Heißhungerattacken auf Süßes___ Stuhlgang täglich___
Stuhlgang alle 2-3 Tage___

Nahrungsmittel die Sie schlecht vertragen _____

14. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel und wenn ja welche?

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Falls vorhanden mitbringen.

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

