

# 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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_