



Anamnesebogen für Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren

Bring bitte diesen Anamnesebogen zu Deinem Ersten Besuch ausgefüllt mit. Dies ermöglicht uns Deine Behandlungszeit effektiver zu nutzen und Dir die nötige Zeit zum ausfüllen zu geben.

Bitte fülle den Bogen nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß aus.

Deine Personalien:

Nachname Vorname

Geburtsdatum

Deine Adresse:

Straße/Nr.

PLZ Wohnort

Telefon 1

Telefon 2

E-Mail (für Terminvergabe und Übersenden von Unterlagen)

Deine Krankenversicherung:

gesetzlich versichert (Selbstzahler)

privat versichert

Beihilfe, welche? _____

Heilfürsorge

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Postbeamtenkrankenkasse

Welche Befunde/Arztberichte sind vorhanden?

Röntgenbilder vorhanden

CT-Bilder vorhanden

MRT-Bilder vorhanden

Laborwerte vorhanden

sonstige Befunde/Berichte



Der Grund Deines Besuches

Was ist der Grund Deines Praxisbesuches?

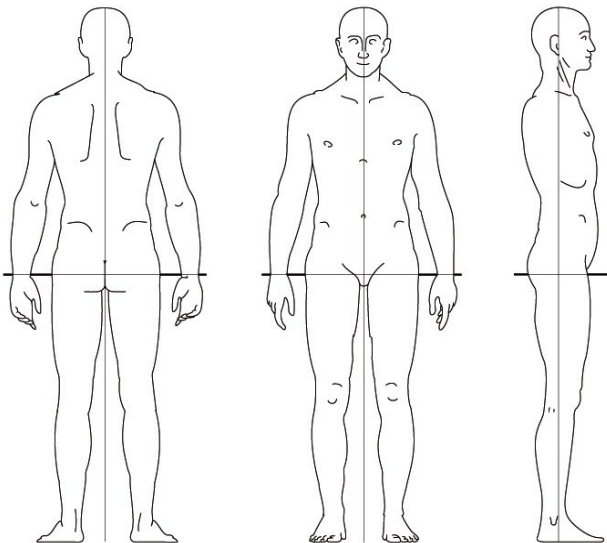
- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier
- Ich habe Beschwerden

Was sind Deine momentanen Beschwerden?

.....

.....

Bitte markiere Deine Beschwerdezone/n!



Wie würdest Du die Intensität Deiner Schmerzen auf einer Skala von 1-10 bewerten?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie oft treten die Beschwerden auf?

- zum ersten Mal
- regelmäßig
- sonstiges

War der Beginn

- plötzlich
- allmählich

Seit wann hast Du diese Beschwerden?

- seit Tagen
- seit Wochen
- seit einigen Monaten
- seit einem Jahr
- seit Jahren

Wie äußern sich Deine Beschwerden?

- Taubheit
- Kribbeln
- Schwellung
- Kältegefühl
- Ziehen
- Druckempfindlichkeit
- Brennen
- Pulsieren
- Rötung
- Stechen
- Ameisenlaufen
- Bewegungsempfindlichkeit
- sonstiges

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- zeitweise
- permanent
- tagsüber
- nachts
- bei Bewegung
- bei Belastung
- nach dem Essen
- auch im Ruhezustand
- sonstiges

Was ereignete sich vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- nichts außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Unfall/Verletzung
- Trauer/Kummer
- Stress
- Operationen
- Schock
- andere Symptome



Dein allgemeines Wohlbefinden/Innere Balance

Bei der nachfolgenden Einschätzung bedeutet 1 wenig oder gering und 10 hoch oder viel.

Auf einer Skala von 1-10 wie hoch bewertest Du Dein

Stresslevel?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auf einer Skala von 1-10 wie hoch schätzt Du Deinen toxischen Stress?

(Umweltgifte, Fastfood, Alkoholkonsum, Rauchen usw.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auf einer Skala von 1-10 wie leistungsfähig fühlst Du

Dich derzeit?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hast Du Schlaf- oder Durchschlafstörungen?

- nein ja, Einschlafstörungen
 ja, Durchschlafstörungen
 ja, beides

Leidest Du häufig an innerer

Unruhe/Unausgeglichenheit?

nein ja

Bist Du wetterfühliger?

nein ja

Hast Du häufig kalte Hände & Füße?

nein ja

Hast Du häufig Schweißausbrüche

nein ja

Frierst Du häufig?

nein ja

Hast Du häufig Hitzewallungen?

nein ja

Bist Du häufig müde?

nein ja

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, und zwar

.....
.....

Nimmst Du regelmäßig Ernährungsergänzungsmittel ein?

.....
.....

Konsumierst Du Alkohol?

nein ja, selten, in Maßen, schon viel

Rauchst Du?

nein ja, selten, in Maßen, schon viel

Konsumierst Du Drogen?

nein ja, wenig, in Maßen, schon viel

Welche?



Trägst Du orthopädische Schuheinlagen?

- nein Einlegesohlen Schuherhöhungen
- sonstiges

Trägst Du Sehhilfen?

- nein ja Lesebrille
- Brille
- Kontaktlinsen

Trägst Du Zahnprothesen/Zahnsperre?

- nein ja
- welche?

Leidest Du häufig unter Kopfschmerzen?

- nein ja

Wenn Ja, unter welcher Form von Kopfschmerzen?

- allgemeine Kopfschmerzen Migräne
- Spannungskopfschmerzen
- sonstiges
-

Was machst Du beruflich?

.....

Deine berufliche Tätigkeit ist überwiegend

- sitzend stehend gehend
- schwer tragend häufig einseitige Bewegungen
- häufig einseitige Haltung

**Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden bist Du mit
Deiner beruflichen Tätigkeit?**

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Bewegst Du dich viel, treibst Du Sport oder
Fitnessstraining?**

- nein ja, Welche Form von Training?
-

Wie oft pro Woche ?

Für Frauen

Bist Du schwanger?

- nein ja

Wenn ja, wie ist der Verlauf?
.....
.....

Warst Du schwanger?

- nein ja

Wenn ja, wie war der Verlauf?
.....
.....

Wie viele Schwangerschaften?

Leidest Du am Prämenstruellen Syndrom (PMS)?

- nein ja

Hast Du regelmäßig Menstruationsbeschwerden?

- nein ja



Dein allgemeines Krankenexam

Hast Du Beschwerden oder Erkrankungen des/der ...

Bewegungsapparats

z.B. Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenvorfall

.....

Herz & Kreislaufsystems

z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen

.....

Milz & Lymphsystems

z.B. Ödeme, Lymphknotenschwellungen, Milzriss

.....

Blut

z.B. Eisenmangel, Thromboseneigung

.....

Kiefers/Zähne

z.B. Zähneknirschen, Kieferknacken, Zahnbrücke

.....

Atemwege

z.B. Nebenhöhlenentzündungen, Asthma, COPD, Bronchitis

.....

Magens & Darms (Verdauungstraktes)

z.B. Sodbrennen, Magenschleimhautentzündung

.....

Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

z.B. Gallensteine, Bauchspeicheldrüsenentzündung

.....

Stoffwechsels

z.B. Diabetis, Gicht, Histaminintoleranz

.....

Nieren und harnableitenden Organe

z.B. häufige Blasenentzündungen, Nierensteine

.....

Geschlechtsorgane

z.B. Menstruationsbeschwerden, Zysten

.....

Haut und Hautanhangsgebilde

z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte

.....

Hormonsystems

z.B. Schilddrüsenprobleme, Parkinson

.....

Immunsystems & Infektionskrankheiten

z.B. Allergien, Tuberkulose, Hepatitis, Corona

.....

Nervensystems

z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson

.....

Sinnesorgane

z.B. Gleichgewichtsstörungen, Schwindel

.....

Psyche/Psychosomatisch

z.B. Angstzustände, Depression, Borderline

.....

sonstige Erkrankungen?

.....

Hattest Du Unfälle?

z.B. Sport-, Auto-, Fahrradunfall

nein ja und zwar

.....

Hattest Du Operationen?

nein ja und zwar

.....

Gibt es in Deiner Familie wiederholt auftretende Erkrankungen? nur Eltern & Geschwister!

nein ja, und zwar

.....



Zu guter Letzt

Was denkst/vermutest Du, warum Du diese Beschwerden hast?

- Ich weiß es nicht
- Ich vermute, weil

.....
.....

Was erhoffst Du Dir von der Behandlung (Behandlungsziel)?

- Linderung
- Heilung
- bessere Gesundheit
- sonstiges

Wenn Du uns noch etwas mitteilen möchtest

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift der Erziehungsberechtigten