Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich freue mich, Sie in meiner Naturheilpraxis begrüßen zu dürfen.

Zur Vorbereitung auf Ihren ersten Termin bitte ich Sie, den Anamnesebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen.

In meiner Praxis behandle ich meine Patienten ganzheitlich, d.h. es ist für mich auch wichtig, vermeintlich geringe Ursachen zu erfahren, da diese den gesamten Organismus beeinflussen können und oft größere Auswirkungen haben, als man sich denkt.

Deshalb wäre es wichtig, dass Sie diesen Fragebogen ausführlich bearbeiten.

Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen oder die in Frage kommenden Passagen zu markieren. Ansonsten beantworten Sie die Frage bitte mit eigenen Worten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen möglichst drei Tage vor der Behandlung per Email an praxis@naturheilpraxis-schoetz.de oder per Post (Weiglgasse 12, 93482 Pemfling) zu.

Patientendaten:		
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Handy:	Fax:
Email:	Beruf:	Familienstand:
Körpergröße:	Gewicht:	Blutgruppe:
Privat / Zusatzversichert:	Krankenkasse:	Anspruch auf Beihilfe:

Rechnungsdaten: Falls Rechnungsempfänger von Patient abweicht, z.B. bei Kindern		
Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Handy:	Fax:
Email:	Beruf:	Familienstand:

Was ist Ihr Hauptanliegen warum Sie zu mir kommen wollen?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiples Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Andere:

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen!

z.B. BCG (Tuberkulose), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Pneumokokken, Herpes, Hepatitis A/B, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Corona (hier welche Impfstoffe) usw.

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Andere:

Gibt es Allergien?

Pollen? Wenn ja, welche und wann reagieren Sie darauf?

Nahrungsmittel? Welche?

Andere: ☐ Hausstaubmilben ☐ Hausstaub ☐ Schimmelpilze ☐ _____

Wurde ein Allergietest gemacht?
☐ Pricktest ☐ Pflastertest am Rücken ☐ Provokationstest über Nase ☐ Bluttest

Unfälle, Operationen, Entbindungen, Krankenhausaufenthalte, Rehamaßnahmen, Platzwunden, Sportverletzungen z. B. Kreuzbandriss, sonstige erwähnenswerte Verletzungen, Magen-/Darm-Spiegelungen, Muttermale entfernen lassen? Bitte mit Jahr und evtl. Monat angeben!

Bitte ankreuzen:

Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ☐ Häufig ☐ Selten wie oft am Tag: ☐ 2-3 mal ☐ 4-6 mal
Bereiche: ☐ Stirn ☐ Augen ☐ Schläfen ☐ Hinterhauptregion
☐ halbseitig welche Seite? ☐ rechts ☐ links ☐ doppelseitig
Wann: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ nach dem Sport ☐ nach dem Essen
Schmerzart: ☐ dumpf ☐ spitz/stechend ☐ Bandgefühl/Schraubstockgefühl ☐ Druck von innen
☐ Druck von außen
☐ Tablette erforderlich? Welches Präparat wird eingenommen? _____
Sonstige Maßnahmen:
_____

Haare:

Haarausfall ☐ Nein ☐ Ja ☐ kreisrunder ☐ vereinzelter, seit wann: _____
☐ Kopfhautschuppen ☐ Kopfhautekzem ☐ Kopfhautjuckreiz ☐ Milchschorf als Kind gehabt?

Augen:

Bindehautentzündung? ☐ einmalig ☐ mehrfach ☐ allergiebedingt ☐ durch bakterielle Infektion
☐ ansteckende Bindehautentzündung ☐ durch Fremdkörper
☐ Hornhautverletzung ☐ Hornhautentzündung
☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig ☐ Grauer Star ☐ Grüner Star ☐ Makuladegeneration

Ohren:

☐ Mittelohrentzündungen ☐ Gehörgangsentzündungen ☐ viel Ohrenschmalz
Tinnitus ☐ Nein ☐ Ja / ☐ links ☐ rechts
Gehörsturz ? ☐ Nein ☐ Ja Wann gehabt _____
☐ Infusionen bekommen? ☐ Cortisontabletten?
Schwerhörigkeit seit _____ andere_____

Zähne:

Kiefer: Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja wann: _____
Zahnfüllmaterialien ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik
Wurzelbehandelte Zähne vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja; Wenn ja, wie viele _____
Implantate vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja; Wenn ja, aus welchem Material? ☐ Titan ☐ Keramik
Wurde eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja: ☐ festsitzende Spange (sog. Brackets) ☐ lose Spange ☐ Elonator
Wann wurde zuletzt eine sog. Panoramaaufnahme (großer Gesamtüberblick/OPG) angefertigt?

_____

Nase:

Operationen ☐ Nein ☐ Ja, welche _____
Nasennebenhöhlenentzündungen ☐ Nein ☐ Ja, wann: _____ ☐ mehrfach
☐ mit Antibiotikagabe ☐ nur pflanzliche Präparate verwendet
behinderte Nasenatmung ☐ Nein ☐ Ja
Nase verstopft ☐ Nein ☐ Ja, wann besonders: _____
☐ Schnarchen ☐ Atemaussetzer ☐ Schlafapnoe
Wenn ja, CPAP-Gerät für die Nacht vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja ☐ wird angewendet

Hals:

Mandeln Operation ☐ Nein ☐ Ja wann: _____ ☐ Teilresektion ☐ Vollresektion
häufig Mandelentzündungen als Kind ☐ Nein ☐ Ja / heute ☐ Nein ☐ Ja
Schilddrüse Überfunktion: ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Hab ich noch nicht abklären lassen
Schilddrüse Unterfunktion: ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Hab ich noch nicht abklären lassen
Schilddrüse Vergrößerung: ☐ Nein ☐ Ja / ☐ Hab ich noch nicht abklären lassen
☐ Hashimoto-Thyreoiditis ☐ Autoimmunthyreopathie
☐ Heiserkeit ☐ gerne Kloßgefühl im Hals
☐ Jodeinnahme? Wenn ja, ☐ pflanzliches Jod ☐ Jodidtabletten Wieviel mg pro Tabl? _____
☐ Vitamin D3? Welche? _____ Einheiten? _____

☐ Schilddrüsen-Medikamente? Wenn ja, welche? _____ Wieviel mg pro Tabl? _____

Brust und Bauch:

☐ Herzbeschwerden ☐ Herzstechen ☐ Druckgefühl ☐ Infarkt ☐ Beklemmung
☐ Angina Pectoris ☐ Rhythmusstörungen ☐ plötzliches Herzjagen
☐ hoher Puls ☐ niedriger Puls ☐ normaler Puls
☐ niedriger Blutdruck ☐ hoher Blutdruck ☐ normaler Blutdruck Wert: _____

☐ häufig Husten ☐ empfindlich auf Staub ☐ Bronchitis
☐ Asthma bronchiale; Spray erforderlich? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welcher? _____

☐ Leber Entzündung ☐ Hepatitis ☐ Gallensteine ☐ Koliken ☐ Operation / warum: _____
☐ Druck im Oberbauch ☐ Fettunverträglichkeit

☐ Magen Völlegefühl ☐ Gastritis ☐ Appetitlosigkeit ☐ Sodbrennen ☐ Aufstoßen ☐ Reflux
☐ Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür wann: _____

☐ Blinddarmoperation ☐ häufig Magen-Darm-Infekte ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Unwohlsein
☐ Hämorrhoiden ☐ blutend ☐ OP ☐ nur sichtbar ☐ Juckreiz ☐ Schmerzen
☐ Blähungen ☐ geruchslos ☐ geruchsintensiv ☐ Winde können abgelassen werden ☐ Stauung

Stuhlgang: ☐ täglich ☐ einmal ☐ mehrmals wie oft? _____ jeden ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. Tag
☐ unregelmäßig

☐ Neigung zur Verstopfung ☐ Neigung zum Durchfall

Konsistenz: ☐ hart ☐ knollig ☐ weich ☐ schmierig ☐ geformt ☐ breiig
☐ kann Stuhl nicht halten ☐ Gefühl, nicht fertig zu werden
☐ Stuhl hell ☐ dunkel ☐ mittelbraun
☐ Schleimauflagerungen ☐ Blutauflagerungen
☐ Stuhlgang wechselhaft ☐ Juckreiz am After ☐ Würmer ☐ als Kind ☐ als Erwachsener

Rücken – Arme – Beine – Haut:

Arme:

☐ Verletzungen welche : _____
☐ Schmerzen ☐ Tennisellenbogen ☐ Kribbeln ☐ kalte Hände ☐ Missempfindungen
☐ Taubheitsgefühl ☐ Karpaltunnelsyndrom ☐ Schulterschmerzen ☐ re. ☐ li.
☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Schulter ☐ re. ☐ li. ☐ Ellenbogen ☐ re. ☐ li.
☐ Handgelenk ☐ re. ☐ li. ☐ Fingergelenke ☐ re. ☐ li. ☐ Arthrose ☐ Arthritis

Beine:

☐ Verletzungen welche: _____
☐ Schmerzen ☐ Krampfadern ☐ Besenreiser ☐ schwere Beine ☐ im Sommer ☐ im Winter
☐ kalte Füße ☐ Kribbeln ☐ Thrombose gehabt? Wenn ja, wann? _____ wo? _____
☐ Taubheitsgefühl ☐ Wachstumsschmerzen ☐ Gicht ☐ Ischias ☐ re. ☐ li.
☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Hüfte ☐ re. ☐ li. ☐ Knie ☐ re. ☐ li.
☐ Sprunggelenk ☐ re. ☐ li. ☐ Zehengelenke ☐ re. ☐ li. ☐ Arthrose ☐ Arthritis

Rücken:

Beweglichkeit ☐ Gut ☐ Eingeschränkt ☐ wird zunehmend schlechter
☐ Verspannungen ☐ Rheuma ☐ Fibromyalgie ☐ Polyarthritis rheumatica
☐ Osteoporose ☐ Kälteempfindlichkeit Rücken
☐ Bandscheibenvorfall ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS Welcher Wirbelbereich betroffen? _____

Haut/Nägel:

☐ Verbrennungen wo: _____
☐ Geschwüre/Ekzeme wo: _____
☐ Hautjucken wo: _____
☐ Warzen wo: _____
☐ Pilze wo: _____
☐ eingewachsene Nägel ☐ Nagelbettentzündungen

Narben:
Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben auch kleine? ☐ Nein ☐ Ja, bitte beim Besuch zeigen.

Unterleib – Gynäkologie – Urologie:

Frauen:

☐ Ausfluss wenn ja, welche Farbe: ☐ gelb ☐ weiß/milchig ☐ klar
☐ geruchsintensiv ☐ neutral ☐ Juckreiz
☐ Scheidenpilze ☐ einmal ☐ mehrfach ☐ nach bzw. bei Antibiotikaeinnahme
☐ nach Sauna/Schwimmbad ☐ nach Geschlechtsverkehr
Wenn ja, Kadefungin oder anderes Antipilzmittel verwendet? ☐ Nein ☐ Ja, welches _____
☐ Eierstockentzündungen ☐ Ausschabungen ☐ Fehlgeburten ☐ Myome
☐ Tumore ☐ Brust ☐ Unterleib ☐ re. ☐ li. Wann? _____ ☐ Chemo ☐ Bestrahlungen
☐ Zysten ☐ Brust ☐ Eierstock ☐ re. ☐ li. Wann? _____

Geschlechtskrankheiten ☐ Nein ☐ Ja welche: _____ wann: _____ ☐ HV

Menses:

Wann war die erste Menses? _____ Wann war die letzte Regel? _____

Beschwerden ☐ vor ☐ nach ☐ während der Regel welche _____
Zykluslänge: _____ Tage; Blutungsdauer _____ Tage; ☐ Klumpen ☐ Krämpfe vor/bei/während der Regel ☐ Schmerzen, wenn ja wo: ☐ Bauchbereich ☐ Rückenbereich
Menstruationsblut ☐ hellrot ☐ dunkelrot ☐ Tampons bei Regel ☐ Binden bei Regel
☐ Menstruationstasse
☐ Slipeinlagen täglich ☐ Baumwollunterwäsche ☐ Synthetikunterwäsche

Klimakterische Beschwerden ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche? _____
Nehmen Sie Verhütungsmittel ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja: ☐ Pille ☐ Hormonspirale ☐ Gold-/Kupferspirale ☐ 3-Monats-Spritze ☐ Stäbchen ☐ Persona ☐ Temperaturmessung
Welches Produkt? _____

Mann:

☐ Prostata vergrößert ☐ Prostataentzündung gehabt ☐ PSA-Wert erhöht ☐ Hodenentzündung
☐ Tumor ☐ Chemo ☐ Bestrahlungen ☐ Vasektomie
☐ aktuell Beschwerden beim Wasserlassen
☐ vermehrtes nächtliches Wasserlassen; Wenn ja, wie oft? _____
☐ erektile Dysfunktion ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ☐ Phimosen-OP als Kind
☐ Pilzinfektion ☐ Vorhautentzündungen ☐ HV
☐ Geschlechtskrankheit ☐ Nein ☐ Ja welche: _____ wann: _____

Niere/Blase:

☐ Nierensteine ☐ Nierenbeckenentzündung ☐ häufig ☐ Blasenentzündung ☐ häufig
☐ Antibiotikaeinnahme ☐ pflanzliche Präparate geholfen
☐ Harninkontinenz ☐ Beckenbodenschwäche

Harn: ☐ viel ☐ wenig ☐ in Relation zur Trinkmenge passend ☐ schaumig ☐ trübe ☐ klar
☐ gelb ☐ orange ☐ hellgelb ☐ häufig Blut im Urin
☐ häufiges Wasserlassen ☐ geruchsintensiv Wenn ja, Geruch nach _____

Sexualität: ☐ vermindert ☐ verstärkt ☐ unbefriedigt
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr ☐ Nein ☐ Ja welche _____

Allgemein:

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein ☐ Ja wie viel ca. _____ was? _____
Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja wie viel ca. _____ ☐ deutsche Zigaretten ☐ CZ/Duty-free-Zigaretten
Wie lange rauchen Sie schon? _____ ☐ Gelegenheitsraucher ☐ schon mal aufgehört gehabt
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____
☐ vegan ☐ vegetarisch ☐ Fleisch ☐ mehr Gemüse ☐ mehr Obst ☐ Low Carb ☐ glutenfrei
☐ mehr Süßes ☐ Kohlehydratlastig ☐ Eiweißlastig

Regelmäßige Essenszeiten? ☐ Nein ☐ Ja
Wie viele Mahlzeiten pro Tag? _____ ☐ Zwischenmahlzeiten, wenn ja, wie viele? _____
☐ Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Abendessen
☐ gerne Süßigkeiten Wenn ja: ☐ Schokolade ☐ Bonbons ☐ Gummibärchen ☐ Kekse/Duplo
☐ Chips ☐ Flips
☐ Intervallfasten ☐ schon viele Diäten gemacht ☐ mit Erfolg ☐ mit Jojo-Effekt ☐ Heilfasten

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____
☐ Kaffee wie viel Tassen o. Hafer!? _____ ☐ Milch ☐ Zucker ☐ Süßstoff
Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? ☐ Nein ☐ Ja welche? _____
Treiben Sie Sport? ☐ Nein ☐ Ja, welchen und seit wann? _____
wie oft? _____ Regelmäßig ☐ Nein ☐ Ja

Schlaf:

Häufiges Erwachen ☐ Nein ☐ Ja, um welche Uhrzeit? _____
Können Sie dann wieder einschlafen? ☐ Nein ☐ Ja
Schwierigkeiten beim Einschlafen generell vorhanden ☐ Nein ☐ Ja
Sprechen im Schlaf ☐ Nein ☐ Ja
Unruhe in den Beinen ☐ Nein ☐ Ja
Nachtschweiß ☐ Nein ☐ Ja
Heiße Füße ☐ Nein ☐ Ja
Zähneknirschen ☐ Nein ☐ Ja ☐ Schiene vorhanden ☐ Schiene wird getragen
Zähnepressen ☐ Nein ☐ Ja

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

☐ Herpes Wenn ja: ☐ Lippe ☐ Nase ☐ Scheide ☐ Gürtelrose gehabt

☐ Insektenstiche ☐ Mücken ☐ Bienen ☐ Wespe ☐ Hornisse ☐ Grasmilben ☐ Flöhe

☐ selten ☐ häufig ☐ wenig Reaktion ☐ Schwellung ☐ Rötung ☐ Juckreiz
☐ allergische Reaktion gehabt? Wenn ja, wann und welche? _____
☐ Notfallset vorhanden?

☐ Zeckenbiß ☐ einmal ☐ mehrmals ☐ Hautreaktion gehabt? ☐ Borreliose gehabt?
☐ Antibiotika bekommen?

Bei Schmerzen bitte beantworten:

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen?
☐ immer ☐ mehrmals am Tag ☐ alle paar Tage ☐ wöchentlich ☐ seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?
☐ ziehend ☐ brennend ☐ stechend ☐ klopfend ☐ drückend ☐ krabbelnd ☐ reißend
☐ kolikartig ☐ krampfend ☐ dumpf ☐ beengend ☐ bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?
☐ körperliche Belastung ☐ längeres Stehen ☐ Sitzen ☐ Gehen ☐ Stress ☐ Kälte ☐ Wärme
☐ Nahrungsmittel ☐ Husten ☐ Niesen ☐ Tageszeit ☐ Wetterlage ☐ Monatsblutung

Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern?
☐ Ruhe ☐ Schlaf ☐ Bewegung ☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Sport ☐ Schmerzmittel ☐ Urlaub

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel mit angeben.

_____
_____
_____
_____
_____

Sonstiges

_____
_____
_____