

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 oder Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Heike Teichmann – Heilpraktikern

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 Ihr 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. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

Amalgam___ Amalgam entfernt___ Kunststoff___
Gold___ Keramik___ Implantate___
Weisheitszähne vorhanden? Ja___ Nein___

14. 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_____

15. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel und wenn ja welche?

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

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

18. Sonstige Anmerkungen

Datum, Unterschrift _____