



NATURHEILKUNDLICHER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großem Interesse. Mein Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu erkennen.

Nehmen Sie sich ruhig Zeit für den Fragebogen. Es kann hilfreich sein, wenn Sie weitere Informationen (Befunde, Laboruntersuchungen, Medikamente etc.) zur Behandlung mitbringen.

Bitte schicken Sie mir die beiden ausgefüllten Fragebögen vor Ihrem ersten Termin per Fax, E-Mail oder Post zu.

Ich bedanke mich für Ihre Beantwortungszeit und freue mich auf Sie,
Dr. med. Andrea Gleich

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

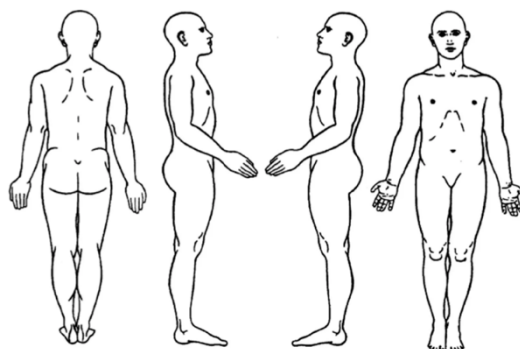
KONTAKT ZU UNSERER PRAXIS | EMPFEHLUNG DURCH

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Bekannte(r) |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Homepage |
| <input type="checkbox"/> Jameda-Arztbewertung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

ANAMNESE

1. BITTE BESCHREIBEN SIE IHRE MOMENTANEN BESCHWERDEN! WESWEGEN KOMMEN SIE ZU MIR IN DIE NATURHEILPRAXIS?

1.1 WO BEFINDEN SICH DIE BESCHWERDEN? (LOKALISATION, SCHMERZSCORE 1-10)



1.2 WIE ÄUSSERN SICH DIE BESCHWERDEN? (Z.B. SCHMERZCHARAKTER – HELL STECHENDER, ZIEHENDER, DUMPF BOHRENDER, AUSSTRALENDER SCHMERZ ETC., SCHMERZINTENSITÄT)

1.3 SEIT WANN HABEN SIE DIE BESCHWERDEN? (ABLAUF, WAS VERSCHLIMMERT, WAS VERBESSERT, ZU BESTIMMTEN ZEITEN?)

1.4 GAB ES EINEN AUSLÖSER FÜR IHRE BESCHWERDEN? Z.B. ERKRANKUNGEN, UNFÄLLE, TRAUER, KUMMER, MEDIKAMENTE, IMPFUNGEN, ETC.?

2. WAS HABEN SIE BISLANG GEGEN DIESE BESCHWERDEN UNTERNOMMEN? GAB ES VORBEHANDLUNGEN/UNTERSUCHUNGEN? VERFÜGEN SIE ÜBER ARZTBERICHTE/ BILD- AUFNAHMEN? FALLS JA, BITTE MITBRINGEN!

3. HATTEN SIE FOLGENDE KINDERKRANKHEITEN? WENN JA, BITTE ANKREUZEN:

- Masern Röteln Windpocken Mumps Scharlach
 Hepatitis andere

4. LETZTER URLAUB, WANN? REISEZIEL? GAB ES FERNREISEN?

5. HABEN SIE SICH OPERATIONEN UNTERZOGEN? ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN:

- Blinddarm Mandeln Bewegungsapparat
 Gelenkersatz Sonstiges _____

6. WELCHE VORERKRANKUNGEN SIND BEKANNT? BITTE ANKREUZEN:

- Bluthochdruck Diabetes mellitus Magenerkrankung
 Darmerkrankung Nierenerkrankung Hautkrankheit
 Asthma Rheuma Gicht
 Schilddrüse Epilepsie Gallensteine
 Fettstoffwechsel Leber Tumorerkrankung
 Depressionen Herz-/Kreislauf
 Sonstige:

7. FAMILIENANAMNESE – WELCHE ERKRANKUNGEN TRATEN IN DER FAMILIE (GROßELTERN, ELTERN, GESCHWISTER) GEHÄUFT AUF? BITTE ANKREUZEN:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | |

8. SOZIALE ANAMNESE

Welche Hobbys haben Sie?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z. B. Mobbing)

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

9. LIEGEN ALLERGIEN VOR?

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben |
| <input type="checkbox"/> Pollen / Gräser | <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Medikamente (Penicillin, Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> allergische Reaktion auf Betäubungsmittel (Zahnarzt) | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten (bitte benennen) | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

Haben Sie Haustiere?

ja nein

10. FÜR PATIENTINNEN (BITTE AUSFÜLLEN):

Anzahl Schwangerschaften: _____
Anzahl Geburten: _____

Einnahme der Pille: ja nein
ggf. sonstige hormonelle Verhütung:

11. ALLGEMEINE LEBENSFÜHRUNG

Treiben sie regelmäßig Sport? ja nein
Wogegen sind Sie geimpft? _____
Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____
Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____
Was essen Sie am liebsten? _____
Haben Sie derzeit Stress? ja nein
Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen) _____

Trinken Sie Alkohol? ja nein
Wie viel? _____
Rauchen Sie? ja nein
Wieviel? _____

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen ja nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja. welche? Seit wann? Oder haben Sie genommen?

Nehmen Sie häufiger Schmerz- oder Schlafmittel? Wenn ja, was und wie häufig?

12. KOPFBEREICH:

Schnarchen Sie stark? ja nein

Leiden Sie häufig an Nasenbluten? ja nein

Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? ja nein

Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche? ja nein

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? ja nein

Haben Sie Probleme mit dem Hören? ja nein

Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr? ja nein

Ohrenscherzen? ja nein

Haben Sie häufiger und/oder länger anhaltenden Schnupfen? ja nein

Leiden Sie unter Schwindel? ja nein

Wird Ihnen schnell schwarz vor Augen? ja nein

Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen? ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Migräne? ja nein

13. ZÄHNE:

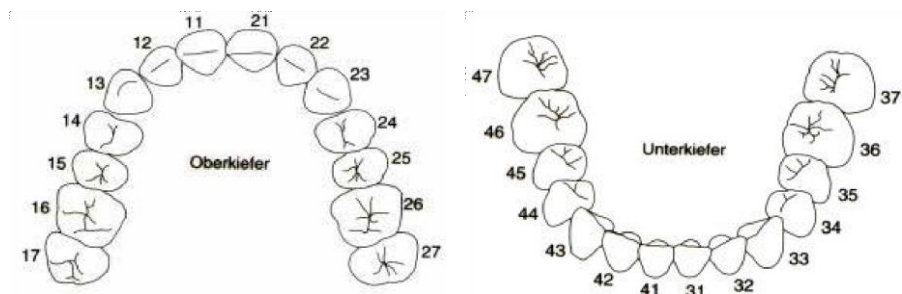
Haben Sie Amalgamfüllungen? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Tragen Sie eine Zahnprothese? ja nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ja nein

Wenn möglich, entsprechende Zähne markieren:



14. HALSBEREICH:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Halsschmerzen bzw. Schluckbeschwerden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals oder Druckgefühl? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Heiserkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

15. BRUSTBEREICH:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Husten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Atemnot? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma-Bronchiale-Anfälle? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Druck- oder Engegefühl in der Herzgegend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

16. BAUCHBEREICH:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Bauchschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Abneigung gegen Fleisch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sodbrennen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Beschwerden wie z.B. Verstopfung, Durchfall? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Blut im Stuhl oder Schmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

17. ARME UND HÄNDE:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden sie unter Gefühlsstörungen oder Taubheitsgefühlen der Hände und/oder Füße? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Beschwerden? _____ | | |

18. BEINE UND FÜßE:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Krampfadern? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Treten nachts Wadenkrämpfe auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Füßen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Müssen Sie während / nach dem Gehen eine Pause einlegen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestehen Schmerzen in den Kniegelenken oder Fußgelenken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

19. HARN- UND GESCHLECHTSORGANE

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Veränderungen der Harnmenge oder -farbe aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Blut im Urin festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zu halten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie häufiger unter Harnwegsinfekten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

20. HAUT, HAARE, NÄGEL

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Hautveränderungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hautjucken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Narben (durch Operationen oder Unfälle) die Sie stören oder die Sie als unangenehm empfinden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wo befinden sich die Narben? _____ | | |
| Leiden Sie unter Haarausfall? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, seit wann? _____ | | |
| Leiden Sie unter brüchigen Nägeln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| sonstige Veränderungen an Haaren oder Nägeln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbisse oder vor kurzem? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann war das? _____ | | |

21. GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Periode auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Verhütungsmittel („Pille“) ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wie lange ist die Zyklusdauer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wie ist die Blutungsstärke? _____ | | |
| Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause)? _____ | | |

22. WAS IHNEN SONST NOCH „AUF DEM HERZEN LIEGT!“?

23. WAS IST IHR AUFTRAG AN MICH?

24. WELCHE WERTE WAREN IN IHREM LETZTEN BLUTBILD VERÄNDERT (GGF. MITBRINGEN)?

Datum: _____

Unterschrift: _____