

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen ist ein PDF-Formular, das Sie direkt bearbeiten können. Speichern Sie das Dokument als "Vorname_Nachname.pdf" einseitig ab und füllen Sie es aus. Nach dem Ausfüllen vergessen Sie nicht, das Dokument nochmals zu speichern. Sie können den Fragebogen auch mehrfach öffnen und ergänzen. Sobald Sie alle Angaben abgeschlossen haben, senden Sie mir das ausgefüllte Dokument als Email-Anlage zurück.

Bitte beachten Sie:

- Senden Sie ihn mir rechtzeitig vor dem ersten Termin oder bringen Sie ihn mit.
- Kreuzen Sie das jeweils zutreffende an.
- Antworten Sie mit eigenen Worten.
- Nehmen Sie sich genügend Zeit für die Ausfüllung.

Persönliche Angaben:

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Geburtsdag

Familienstand

Beruf

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

Bauchumfang (cm)

Messen Sie waagrecht, über den Bauchnabel und eng um den Bauch

Mobil

E-Mail

Hausarzt

Versicherung (gesetzlich / privat)

Beihilfe

Ja Nein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Unter welchen aktuellen Beschwerden leiden Sie und seit wann?
Ordnen Sie Ihre Beschwerden nach der Wichtigkeit.

Beschwerden

begonnen / seit

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Trauer / Kummer Operation Hautausschläge Unfall

Medikamente Andere:

Welche Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT, Labor) wurden bisher durchgeführt?
Ggfs. Befunde hierzu mitnehmen.

Welche Behandlungen / Medikamente haben Sie gegen die Beschwerden bekommen / durchgeführt
und wie war der Erfolg?

Was führt zur Besserung und was zur Verschlechterung der Beschwerden?

Was erwarten Sie von meiner Therapie?

Welche ernsthaften Erkrankungen hatten oder haben Sie (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Fibromyalgie, Kiefererkrankungen, Herzerkrankungen, Viruserkrankungen, Krebs etc.)?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein und in welcher Dosierung?

Haben Sie Operationen gehabt? Welche?

Haben Sie Unfälle gehabt?

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten (auch gegen Nahrungsmittel):

Leiden Sie unter:

- Laktoseintoleranz Fruktosemalabsorption Histamin-Intoleranz
 Zöliakie / Sprue Glutenunverträglichkeit. Fehlbesiedlung im Dünndarm

Welche Infektionskrankheiten / Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Allgemeine Symptome

- Mangelnde Konzentration Ich bin müde und erschöpft Ich bin verstärkt reizbar
 Ich habe Ängste Ich habe Schuldgefühle Ich habe Konflikte
 Ich schwitze sehr schnell Ich schwitze in der Nacht
 kalter Schweiß warmer Schweiß
 Ich friere sehr schnell Ich habe oft kalte Hände / Füße

Wie belastbar und leistungsfähig/ vital fühlen Sie sich? Sehr Mäßig Gar nicht belastbar

Kopf

- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? häufig selten nie zyklusbedingt
- Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptregion
 morgens abends halbseitig doppelseitig
 links rechts wandernd

Auslöser der Kopfschmerzen :

Nase

- Operationen Nasennebenhöhlenentzündungen Heuschnupfen
 Riechminderung behinderte Nasenatmung
Absonderungen: wässrig schleimig klar eitrig grünlich

Ohren

- Schmerzen Mittelohrentzündungen Ohrendruck
 Hörminderung Tinnitus / Ohrengeräusche Schwindel

Mund / Hals

- Herpes Brennen der Zunge häufige Mandelentzündungen
 Mundgeruch Globusgefühl Schluckstörung
 Heiserkeit Schmeckstörung Atembeschwerden

Zähne/Kiefer

Letzter Zahnarztbesuch:

- Zahnfleischbluten Überkronte Zähne Wurzelbehandelte Zähne
 Tote Zähne Zahn-Operationen Parodontose /Parodontitis

Zahnfüllmaterialien (Gold, Amalgam, Keramik, Kunststoff etc.):

- Fehlstellung Kiefergelenksschmerzen Knirschen / Knirschiene

Emotionales

	Ja	Nein
Haben Sie Ängste / Angstzustände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen Beziehungskonflikte vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren/sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schlafstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie sich an Ihre Träume erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Führen Sie regelmäßig Freizeitaktivitäten durch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie NEIN Sagen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Magen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Infektion |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Sodbrennen / Reflux | <input type="checkbox"/> Übelkeit |

Dar M

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperationen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> chron. Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Polypen | <input type="checkbox"/> Divertikel | <input type="checkbox"/> Verwachsungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Leaky Gut Syndrom |

Stuhlgang

mehrmals tägl. tägl. jeden 2. Tag seltener unregelmäßig

Farbe des Stuhlgangs: hell. dunkel mit Blut im Stuhl

Konsistenz: flüssig weich breiig hart knollig

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übler Geruch | <input type="checkbox"/> Stuhl schwimmt im Wasser | <input type="checkbox"/> Entleerung schmerzhaft |
|---------------------------------------|---|---|

Rücken / Gelenke

Schmerzen, wo genau

Ischias Verspannungen, wo genau

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfälle | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Skoliose | <input type="checkbox"/> Mangelnde Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand |

Haut

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte / Psoriasis | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Hautjucken | <input type="checkbox"/> Geschwüre |

Rauchen Sie? Ja, Stück pro Tag. Nein Aufgehört, seit

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja, Sportarten:
 Nein

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit häufiges Erwachen, um wie viel Uhr:

nächtliches Wasserlassen, wie oft:

Schwierigkeiten beim Einschlafen Schwierigkeiten beim Durchschlafen

Unruhe in den Beinen Zähneknirschen Schnarchen

Schlafenszeit von bis

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?	Nie	Selten	einmal tgl.	mehrmals tgl.
Weißmehlprodukt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milchprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßstoffe (Aspartam usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nüsse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bioprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Nein ja, ich bin Vegetarier Veganer Sonstiges:

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

unter 500ml 0,5-1 Liter 1-2 Liter über 2 Liter

Was trinken Sie?

Wasser ohne Kohlensäure Kaffee Tee Milch
 Wasser mit Kohlensäure Softdrinks Bier Wein

Hatten Sie Beschwerden während/nach Auslandsaufenthalten? Ja Nein

Hatte ihre Mutter bei Ihnen eine natürliche Geburt? Ja Nein

Wurden Sie gestillt? Ja Nein

Praktizieren Sie eine Entspannungsmethode? Ja Nein