

ANAMNESEBOGEN



TERESA FISCHER
NATURMEDIZIN AN DER ALSTER

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Name: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____ Mobil: _____

eMail: _____

Wie sind Sie am besten zu erreichen? geschäftlich privat mobil eMail

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Versicherung: Gesetzlich Private Zusatzversicherung Privatversicherung

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln andere Komplikationen:

Gibt es in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten, die häufig aufgetreten sind? Nein Wenn ja, welche?

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in Ihrer Kindheit? Keine

_____ im Alter von: _____ Jahren

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen? Nein Wenn ja, welche?

Gab es relevante Unfälle/Stürze? Nein Wenn ja, welche? Und wann war das?

Gab es Operationen? Keine Blinddarm Mandeln Leistenbruch

Knie (links / rechts) Prostata Gebärmutter Gallenblase

Andere: _____

Wann war das? _____

Haben Sie Narben? Nein Wenn ja, wo?

Ich habe in den letzten 2 Jahren eine Impfung erhalten. Wenn ja, welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? Keine

Körperliches Befinden und allgemeine Informationen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Galle: keine Besonderheiten

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit
- Sonstiges: _____

Darm: keine Besonderheiten

- Infektionen
- Polypen
- Blinddarmoperation
- Sonstiges: _____

Zähne: keine Besonderheiten

- Implantate
- Amalgamfüllungen
- Sonstiges: _____

Mandeln: keine Besonderheiten

- Operation
- Mandelentzündung
- Sonstiges: _____

Allgemeines:

Trinken Sie Alkohol?: Nein

- 1x die Woche
- 2-3 x pro Woche
- täglich

Rauchen Sie?: Nein

Ja, durchschnittlich _____ am Tag

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag? _____

Was trinken Sie? _____

Was passt zu Ihnen:

- Vegetarier Veganer
- Verzehr von Zuckerzusatz-/Austauschstoffen
- Verzehr von Light Produkten
- Ich esse gemischt und achte nicht bewusst auf meine Ernährung

Magen: keine Besonderheiten

- Völlegefühl
- Magenschleimhautentzündung
- Appetitlosigkeit
- Sonstiges: _____

Leber: keine Besonderheiten

- Entzündung (Hepatitis)
- Sonstiges: _____

Nase: keine Besonderheiten

- Operationen
- Nasennebenhöhlenentzündung
- behinderte Nasenatmung
- Sonstiges: _____

Schilddrüse: keine Besonderheiten

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Hashimoto-Thyreoiditis
- Vergrößerung
- Operation
- Sonstiges: _____

Schlafverhalten:

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen / Uhrzeit: _____
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Probleme beim Durchschlafen
- Nachtschweiß

Übliches zu Bett gehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

Zusatzinformation:

Meine Körpergröße: _____

Mein aktuelles Körpergewicht: _____

Meine Blutgruppe: _____

So geht es mir im Moment:

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

Was sind Ihre hauptsächlichsten Beschwerden? _____

Ich leide zudem unter:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schlechtem Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Rheumatischen Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Innerer Unruhe | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

- Meine Beschwerden bestehen seit: _____ Tagen _____ Wochen
- Meine Beschwerden treten immer wieder auf. Erstmals _____

Leiden Sie unter Allergien? Nein Wenn ja, welche?

Ich leide zudem unter:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Keine Besonderheiten |
| <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | |
| <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis | |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | |

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? nein ja, seit _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente | <input type="checkbox"/> Herz- bzw. Blutdruckmedikamente |
| <input type="checkbox"/> Entzündungshemmer | <input type="checkbox"/> Diabetes-Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |
- _____

Wo finde ich mich wieder:

(Bitte in den weißen Feldern ankreuzen)

1. Bewegung:

Wie oft treiben Sie Sport?
Durchschnittlich in der Woche:

5		4		3		2		1		0

Welche Sportart: _____

Wie viele Stunden pro Tag sitzen Sie?
Am Arbeitsplatz, im Auto, auf dem Sofa:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

2. Stoffwechsel:

Wie viele Portionen Obst essen Sie?
Durchschnittlich am Tag:

5		4		3		2		1		0

Wie viele Portionen Gemüse essen Sie?
Durchschnittlich am Tag:

5		4		3		2		1		0

Wie beurteilen Sie Ihre Haut?
1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

(trocken, Juckreiz, Ekzem, schuppig)

Fühlen Sie sich müde, träge, antriebslos?
1 = nie, 10 = immer

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

3. Stress:

Haben Sie Zeitmangel?
1 = nie, 10 = immer

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Sind Sie durch Ihren Alltag gestresst?
1 = nie, 10 = immer

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

(Arbeit, Schule, Geld, Partnerschaft, etc.)

Zusätzliche Informationen: _____
