



Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin Ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann Ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Heilpraktikerin Yvonne König

Name _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Anschrift _____

Beruf _____

Email _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | |



4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Sonstiges _____

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
- Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
- Pollen Milben
- Metalle
- Nahrungsmittel, bitte nennen: _____

- Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt Asthma Lungenerkrankung
- Erbkrankheiten Krebs
- Sonstige _____

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille

- ja nein

Monatsblutung

- regelmäßig schmerzhaft
- unregelmäßig

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?



9. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Anzahl Zigaretten/Tag _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? _____

11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen _____
(chronisch) | | |

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |
- Weisheitszähne vorhanden?
- Ja nein
- Implantate
- Ja nein



14. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | | |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.

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

Datum, Unterschrift _____