

**Anamnesebogen**

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Wohnort:
Telefon:	Mobiltelefon:
Beruf:	E-mail:
Geburtsdatum:	Größe und Gewicht:
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Kinder: (Geschlecht und Alter)      Schwanger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Woche:
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat bei:	Heilpraktiker-Zusatzversicherung? bei:
Wie haben Sie mich gefunden? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

<p><b>Erfahrung mit Entspannung und Körpertherapie?</b></p> <input type="checkbox"/> Yoga, <input type="checkbox"/> Progressive Muskelentspannung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Meditation <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<p><b>Stresslevel aktuell?</b>          0= entspannt; 10= extrem gestresst</p> <p> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----           0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>seit wann?</p> <p>Welchen Grund könnte es hierfür geben?</p>
--	---

Hauptbeschwerden weswegen Sie hier sind und seit wann bestehen diese?	Intensität/ Schmerz 10= max.	Wichtigkeit für Sie 10= max.

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

- eine Erkrankung    Kummer    Trauer    Schreck    Operation(en)    Hautausschlag  
 anderes:

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig wofür ein?**

Wie oft?  
Dosierung?

Seit wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig wofür ein?	Wie oft? Dosierung?	Seit wann?

**Welche Operationen, Krankenhausaufenthalte, Stürze, Unfälle hatten Sie bisher? Wann/Dauer?**

Welche Operationen, Krankenhausaufenthalte, Stürze, Unfälle hatten Sie bisher?	Wann/Dauer?

**Gibt es Fremdmaterial in Ihrem Körper? (Schrauben, Herzschrittmacher, Stents, Gelenkprothesen...)**

--

**Aktuell in Behandlung bei Physio-/Psychotherapie/Arzt/HP wegen:**

seit

Aktuell in Behandlung bei Physio-/Psychotherapie/Arzt/HP wegen:	seit

**Aktuell Infektion oder Erkältung?**

**Wie häufig pro Jahr haben Sie Erkältungen?**

- Nein    Ja, seit wann?:    1-3x    häufiger

äußert sich mit folgenden Symptomen:

--

**Krankheiten in Ihrer Familie**

Erkrankung	Mutter	Vater	Großeltern	Weitere	zusätzliche Informationen
Bluthochdruck					
Niedriger Blutdruck					
Herzerkrankungen					
Lungenerkrankungen					
Gefäßkrankungen					
Schlaganfall					
Migräne					
Tuberkulose					
Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)					
Borreliose					
Rheuma					
Gicht					
Gallensteine					
Arthrose (Gelenk-Abnutzung)					
Arthritis (entzündlich)					
Krebs					
Diabetes I					
Diabetes II (Alters-Diabetes)					
Allergien					
Schuppenflechte					
Neurodermitis					
Alkoholismus					
AIDS					
Geisteserkrankungen					
Sonstiges					

**Welche (Infektions-)Krankheiten haben Sie selbst durchgemacht?**

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mumps                      | <input type="checkbox"/> Masern                     | <input type="checkbox"/> Röteln     |
| <input type="checkbox"/> Windpocken                 | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                | <input type="checkbox"/> Scharlach  |
| <input type="checkbox"/> Tetanus                    | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                | <input type="checkbox"/> Borreliose |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis _____(A,B,C,D,E) | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____            | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____            |                                     |

**Wurden diese oder andere Krankheiten mit Antibiotika behandelt?**

- nein                       ja – Wie oft in welchem Zeitraum?

**Wurden bei Ihnen bisher chronische Krankheiten diagnostiziert? Welche?**

**Kopf**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

- |  |                                     |  |  |                                 |
|--|-------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufig                          | <input type="checkbox"/> selten     | <input type="checkbox"/> nie               | <input type="checkbox"/> morgens       | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> zyklisch in Abständen von _____ | <input type="checkbox"/> halbseitig | <input type="checkbox"/> (mehr) links      | <input type="checkbox"/> (mehr) rechts |                                 |
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion      | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> Seiten im Wechsel |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Hinterkopfregion                |                                     |  |  |                                 |

mögliche(r) Auslöser:



**Lebensstil**

**Rauchen** Sie?  nein  ja, täglich ca. \_\_\_\_\_ Stück

Trinken Sie **Alkohol**?  nein  ja, täglich/wöchentlich ca. \_\_\_\_\_ Glas  
Was genau: Wein, Bier, Schnaps, Mischgetränke

Treiben Sie **Sport**?  nein  ja, täglich/wöchentlich ca. \_\_\_\_\_ Std  
Was genau: Krafttraining, Ausdauer, Sportart: \_\_\_\_\_

Wie **arbeiten** Sie?  nicht berufstätig  \_\_\_\_\_ Std/Woche Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_  
(Mehrfachauswahl möglich!)  angestellt  selbständig  Hausfrau/Mutter \_\_\_\_\_  
 Schichtarbeit, seit \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr **Schlaf**?  keine Probleme  
 Unruhe in den Beinen  heiße Füße  
 Sprechen im Schlaf  Zähneknirschen  
 Nachtschweiß  lebhaftere Träume  
 Einschlafschwierigkeiten, seit \_\_\_\_\_  
 Durchschlafschwierigkeiten, seit \_\_\_\_\_  
 Erwachen in der Nacht: \_\_\_\_\_ Uhr für \_\_\_\_\_ Min/Std  
 nächtliches Wasserlassen, wie oft? \_\_\_\_\_  
 Schwierigkeiten morgens richtig wach zu werden, um \_\_\_\_\_ Uhr  
 Morgens fühle ich mich müde/nicht erholt  
0= keine Müdigkeit; 10= extrem müde  
|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
seit wann? \_\_\_\_\_  
möglicher Grund?: \_\_\_\_\_  
 Die Müdigkeit hält ungefähr gleichbleibend tagsüber an  
 Tagsüber werde ich gegen \_\_\_\_\_ Uhr besonders müde

Wie ist Ihr **Schlafplatz** eingerichtet?  
 Radiowecker  eingebauter elektrischer Motor  Wasserbett  
 schnurlose Telefone / WLAN  elektrische Geräte im Standby-Modus (Fernseher...?)

**Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische / baubiologische / Elektromog-Belastungen untersucht worden?**  
 ja  nein

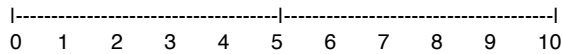
**Weiteres zu Ihrer Wohnung/Wohnlage:**  
 Funkmasten in der Nähe  Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe  Mikrowelle  
 Induktionsherd  Schimmelpilzbelastung  Antiquitäten/Holzschutzmittel  
 Teppichböden  PVC

**Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?**  
 konventionellen Reiniger  biologischen Reiniger

**Emotionales**

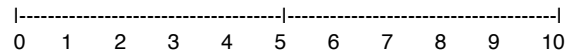
**Ich kenne Existenzängste**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



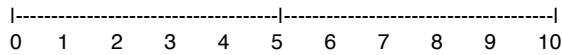
**Ich empfinde meinen Beruf/Arbeit als belastend**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



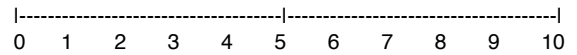
**Ich habe das Gefühl, gebraucht zu werden**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



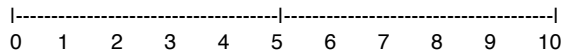
**Ich fühle mich dem Leben gewachsen**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



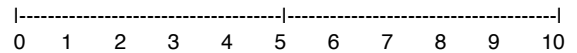
**Ich kann meine Ziele erreichen**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



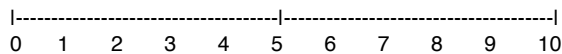
**Ich kann NEIN sagen**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



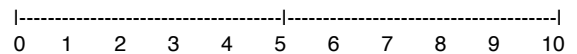
**Ich führe regelmäßige Freizeitaktivitäten durch**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



**Ich habe Freunde/Vertraute**

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



**Schwitzen Sie leicht?**

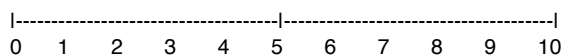
- nein    ja  
 kalter Schweiß    warmer Schweiß

**Frieren Sie schnell?**

- nein    ja  
 kalte Hände    kalte Füße

**Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich im Moment?**

0= überhaupt nicht belastbar; 10= extrem belastbar



**Waren Sie bereits in Psychotherapie?**

- nein    ja, wann? \_\_\_\_\_ für wie lange? \_\_\_\_\_

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. was gibt es noch zu sagen?**

Ich versichere meine Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keine wichtigen, einer Genesung eventuell hinderlichen Informationen verschwiegen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum