

**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
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"/> Google <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Schaufenster <input type="checkbox"/> Aufsteller <input type="checkbox"/> sonstiges:	Falls ja, Woche:		

<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 vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Hauptbeschwerden?**

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

**Welche Medikamente, Nahrungsmittelergänzung etc. nehmen Sie regelmäßig wofür ein?**

	Wie oft? z.B. 3x tägl.	Dosierung? z.B. 200 mg	Seit wann?

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

	Wann/Dauer?

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

--

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

	seit

**Aktuell Infektion oder Erkältung?**

- 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					
Gefäßerkrankungen					
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:

### Augen

- Bindehautentzündung       grüner Star       grauer Star  
 sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_  
 Brille seit: \_\_\_\_\_

### Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen       Wurzelbehandelte Zähne      Zahnfüllmaterialien:  
 Tote Zähne       Empfindliche Zähne auf  heiß     kalt       Amalgam  
 Gold  
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?       Titan  
 ja, ohne Ausleitung     ja, mit Ausleitung     nein       Kunststoff  
 Keramik  
Beißschiene?  nein     ja, seit \_\_\_\_\_ in Verwendung       Titan  
                             weich                       hart

### Nase

- Operationen       Heuschnupfen       häufig Nasennebenhöhlenentzündung  
 behinderte Nasenatmung/Nase verstopft      Absonderungen:  wässrig     zäh/schleimig     eitrig/grünlich

### Mandeln/Hals

- Operation       häufig Mandelentzündungen       Halsschmerzen  
                             als Kind       heute

### Ohren

- Schmerzen links / rechts / beidseitig       Mittelohrentzündungen  
 schwerhörig       Ohrengeräusche       Ohrendruck

### Schilddrüse/Vegetativum

- Überfunktion       Unterfunktion       Vergrößerung       Operation       Knoten

#### Schwitzen Sie leicht?

- nein     ja  
                     kalter Schweiß     warmer Schweiß

#### Frieren Sie schnell?

- nein     ja  
                     kalte Hände     kalte Füße

### Menstruation

- regelmäßig (alle 28-30 Tage)      Blutung  
 Mittelschmerz (Eisprung spürbar)       stark     schwach     klumpig  
 Krämpfe/Schmerzen       hell     dunkel  
                                            0= keine; 10= extreme  
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10      Zwischen-/Schmierblutungen  
                                                     vor     nach regulärer Blutung       mittig im Zyklus

### Verdauung/Stuhlgang

- Stuhlgang regelmäßig      Konsistenz  
     täglich \_\_\_\_\_ mal       weich     flüssig     schaumig     klumpig     hart  
     alle \_\_\_\_\_ Tage \_\_\_\_\_ mal       klebrig     Essensrückstände sichtbar  
 Schmerz beim Stuhlgang  
Stuhl:       Aufgeblähtsein     oft Luft lassen nach dem Essen  
 schwarz/dunkel     weiß/hell  
 blutig/Blut aufgelagert sichtbar

### Ernährung / Unverträglichkeiten

- Ernährung:**       nichts besonderes     vegetarisch, seit \_\_\_\_\_     vegan, seit \_\_\_\_\_  
                             sonstiges: \_\_\_\_\_  
**Trinkmenge** pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter davon  
                             Wasser \_\_\_\_\_     Kaffee \_\_\_\_\_     Tee \_\_\_\_\_     Saft \_\_\_\_\_     Milch \_\_\_\_\_  
                             anderes \_\_\_\_\_

**Unverträglichkeit:**  Laktose  Gluten  Weizen  Fructose  Histamin  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Wären Sie bereit wenn nötig und gemeinsam erörtert ein Ernährungstagebuch zu führen und Ihre **Ernährungsgewohnheiten** zugunsten Ihrer Gesundheit zu **ändern**?

nein  ja

### 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  
 Zähneknirschen  Nachtschweiß  lebhaft 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...?)

**Weiteres zu Ihrer Wohnung/Wohnlage:**

Funkmasten in der Nähe  Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe  Mikrowelle  
 Induktionsherd  Schimmelpilzbelastung  Antiquitäten/Holzschutzmittel  
 Teppichböden  PVC

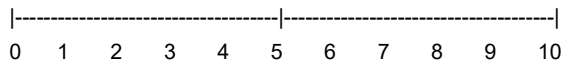
**Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?**

konventionellen Reiniger  biologischen Reiniger

**Emotionales**

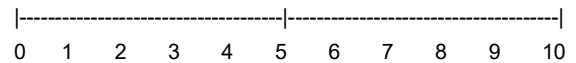
**Ich kenne keine Existenzängste**

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



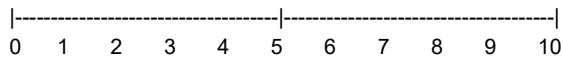
**Ich empfinde meine Arbeit nicht als belastend**

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



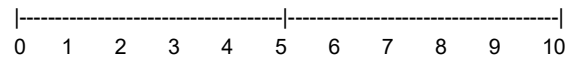
**Ich habe das Gefühl, gebraucht zu werden**

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



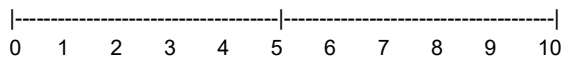
**Ich fühle mich dem Leben gewachsen**

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



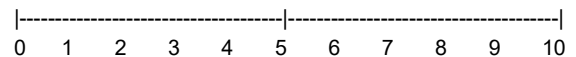
**Ich kann meine Ziele erreichen**

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



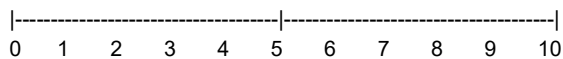
**Ich kann NEIN sagen**

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



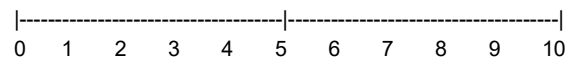
**Ich führe regelmäßige Freizeitaktivitäten durch**

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



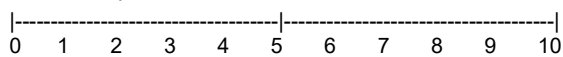
**Ich habe Freunde/Vertraute**

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



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

0= überhaupt nicht ; 10= 100%



**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