



Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: Gewicht:

Kinder: Schwangerschaften:

Aktuelle Beschwerden: Gab es Besonderheiten kurz vor Auftreten der Beschwerden?
(Trauer, Schock, Kummer, Operationen, Hautausschläge, Medikamenteneinnahme, Impfungen etc.)
(auf der Rückseite fortsetzen)

Krankengeschichte: Frühere Krankheiten und Beschwerden (soweit möglich chronologisch)
Gab es besondere Vorfälle oder Besonderheiten vor dem Auftreten der jeweiligen Beschwerden?
(auf der Rückseite fortsetzen)

**Wurden Krankheiten mit Antibiotika/
Kortison behandelt?**

Allergien:

Medikamente:

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

(ggf. Kopie des Impfpasses mitbringen)



Operationen/Unfälle/
Folgeschäden:

.....
.....

zusätzliche/
chronische
Erkrankungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig/hoch | <input type="checkbox"/> Diabetes I / II | <input type="checkbox"/> Insulinresistenz |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Nieren-/Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | sonstige: | |

Schilddrüse:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Über-/Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Struma/Kropf | <input type="checkbox"/> Knoten (heiße/kalte) |
|--|---------------------------------------|---|

Kinderkrankheiten:

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung / Polio | sonstige: | |

Infektions-
Erkrankungen:

- | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Sepsis |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Tetanus |

sonstige:

Ernährung & Trinken:

Was essen Sie bevorzugt? (z.B. viel Fett/Kohlehydrate/Eiweiß/Vollkorn/Fleisch etc.)

(auf der Rückseite
fortsetzen)

.....

Gibt es etwas, dass Sie garnicht essen? (z.B. Milch/Fleisch/bestimmte Lebensittel etc.)

.....

Was trinken Sie bevorzugt und wie viel (täglich) ?

.....

Sonstiges: (Appetit, Unverträglichkeiten, Beschwerden, Vorlieben, Abneigungen)

.....



Zähne & Füllungen: Zähneknirschen/Schienen Zahnfleischbluten/-entzündungen
 Amalgamfüllungen vorhanden Amalgam entfernt

Sonstiges: Raucher Alkoholkonsum: x wöchentlich

Schwitzen: stark nachts

Schlaf: erholsam Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Aufwachen / wann?

Gewicht: stabil schwankend Zu-/Abnahme

Stuhlgang: regelmäßig: ja nein wie oft: x die Woche

Konsistenz: Geruch:

Farbe: Probleme:

Verhütungsmittel: ja nein Welche:

Stress: (besondere Faktoren / Situationen / Zeiten / viel / wenig / mit best. Reaktionen etc.)

(auf der Rückseite
fortsetzen)

Familienerkrankungen: Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Krebs Epilepsie
(Eltern, Großeltern, Diabetes Typ Rheuma Gicht Steinleiden
Geschwister, Kinder) Tuberkulose Multiple Sklerose Fettstoffwechselstörungen
 Asthma Allergien Hauterkrankungen
 Depressionen Selbstmord

sonstige: