

## Anamnesebogen ganzheitliche Medizin

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Titel: : \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Zahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen in Ruhe auszufüllen und ihn gerne um weitere Informationen zu ergänzen die Ihnen einfallen. Bitte lassen Sie mir den Bogen frühzeitig zukommen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Welches Anliegen führt Sie zu mir?

---



---

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere wichtige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Mutter verstorben?  nein  ja Wann? \_\_\_\_\_ Alter? \_\_\_\_\_ Woran? \_\_\_\_\_

Vater verstorben?  nein  ja Wann? \_\_\_\_\_ Alter? \_\_\_\_\_ Woran? \_\_\_\_\_

### Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

<input type="checkbox"/> Blutdruck	seit:	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit		<input type="checkbox"/> chron. Darmerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Schlaganfall		<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	seit:	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit:
<input type="checkbox"/> Thrombose/ Embolie		<input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus	seit:
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung		<input type="checkbox"/> Depression/Nervenleiden	seit:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit:	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit:
<input type="checkbox"/> Asthma/ COPD	seit:	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit:
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/ Migräne	seit:	<input type="checkbox"/> andere Allergien:	
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit:	<input type="checkbox"/> der letzte Allergietest war	Im Jahr:
<input type="checkbox"/> Gallensteine	seit:	<input type="checkbox"/> Zeckenbiss in der Vorgeschichte -wann:	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	falls ja, welche:		

Haben Sie Allergien?

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tierhaare        | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Hausstaub               |
| <input type="checkbox"/> Penicillin       | <input type="checkbox"/> Lidocain     | <input type="checkbox"/> Betäubung beim Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Pollen           | <input type="checkbox"/> Gräser       | <input type="checkbox"/> Frühblüher              |
| <input type="checkbox"/> Bienen           | <input type="checkbox"/> Wespen       | <input type="checkbox"/> Milben                  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |                                       |  |

Leiden Sie an einer Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens?  ja  nein  
(Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)

Was macht Ihnen aktuell am meisten Probleme?

\_\_\_\_\_

**Was haben Sie bisher schon gegen Ihre Beschwerden unternommen?** (Untersuchungen, Therapie, Medikamente)

.....

.....

Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

\_\_\_\_\_

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?): \_\_\_\_\_

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

- noch nie** oder  **auffällig waren schon mal die:**  Leberwerte  Nierenwerte  Cholesterin  
 Blutzuckerwerte  Entzündungswerte  Eisenmangel  Schilddrüsenwerte

**Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?**

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>				
Verschleimtes Gefühl	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase/ Nießen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtl. Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Nächtl. Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>				
Verspannung Kiefergelenk	<input type="checkbox"/>				
Morgendliche Erschöpfung	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Verstärktes Durstgefühl	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>				
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				



Folgende Zahnbehandlungen sind geplant? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine "Knirscher-Schiene"?  ja /  nein

Wie reinigen Sie Ihre Zähne? \_\_\_\_\_

Tragen sie Zahnersatz?  ja /  nein

Gibt es Zahnfleischentzündungen/ blutendes Zahnfleisch  ja /  nein

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?  nein oder:

Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?  nein oder:

Ja, ich hatte  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?  nein  Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8 aus  Titan  Kunststoff

Überkronte Zähne?  nein  Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8

Wurzelgefüllte/tote Zähne?  nein  Ja, ich habe  1-2  3-5  6-8

### Ernährung/Essverhalten:

Wie beurteilen Sie Ihren Hunger/Appetit? \_\_\_\_\_

Essen Sie nur wenn Sie Hunger haben?  ja  nein

Haben Sie Heißhungerattacken?  ja  nein nachts  ja /  nein

Essen Sie häufig in einer Kantine?  ja  nein

Wie oft am Tag/in der Woche kochen Sie selbst? \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche Essen Sie Fastfood? \_\_\_\_\_ x/Woche oder \_\_\_\_\_ x/Monat

Trinken Sie Alkohol?  ja  nein

Wenn ja, wann/wie oft/welches Getränk? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee?  ja  nein welche Art Kaffee? \_\_\_\_\_

Wenn ja wieviel Kaffee pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Tee?  nein  ja, welchen und wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

**Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?** ..... Liter

Was ist ihr Lieblingsessen/-getränk? \_\_\_\_\_

Wie oft am Tag essen Sie? \_\_\_\_\_

Wann ist die erste und die letzte Mahlzeit am Tag? \_\_\_\_\_

Essen Sie nachts? Müssen Sie nachts Aufstehen um zu essen?  ja  nein

Haben Sie Hunger bevor Sie zu Bett gehen?  ja  nein

### Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....  
Wieviel Milch trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie laktosehaltige Produkte?  ja  nein, welche nicht: \_\_\_\_\_

Wie viele Portionen Gemüse essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wie viele Portionen Obst Essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Essen Sie Vollkorn-Produkte?  nein  ja, welche? wie oft? \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihre **Ernährung** ein:

sehr gesund  gesund  nicht sonderlich gesund  ungesund

Falls "nicht sonderlich gesund" oder "ungesund", bitte geben Sie einen Grund dafür an:

keine Zeit zum Kochen  mir schmeckt was ich esse

ich kann nicht gesund kochen  ich koche nicht selbst

- gesundes Essen schmeckt mir nicht  ich mag kein  Obst  Gemüse  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Wo kaufen Sie Ihre Lebensmittel vorwiegend ein? \_\_\_\_\_

**Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Jogurth	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Brot/Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit/ ohne	<input type="checkbox"/>				
Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
Coca Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>				
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>				

**Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:**

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	aktuell
Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>				
Gastritis	<input type="checkbox"/>				
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>				
Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>				
Durchfall	<input type="checkbox"/>				
Verstopfung	<input type="checkbox"/>				
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>				

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ..... mal pro Woche  
 Konsistenz des Stuhls überwiegend:  hart  normal  breiig  Durchfall  wechselnd  
 sehr hell  sehr dunkel  schwarz  stinkend  schleimig  blutig

Wie oft müssen Sie Wasser lassen? tagsüber \_\_\_\_\_ mal / nachts \_\_\_\_\_ mal

Verlieren Sie ungewollt Urin/Stuhl?  ja  nein  
 bei Anstrengung  beim Niesen/beim Husten  beim Sport  nachts

**Wie wurden Sie geboren?**     spontane Geburt         per Kaiserschnitt         weiß ich nicht

**Infektanfälligkeit**

Grippe/ Erkältung u. ä.:    in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr  
Blasenentzündungen:    in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

**Antibiotikabehandlungen:** (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)  
In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: ..... mal In den **letzten 10 Jahren** insgesamt:..... mal

**Rauchgewohnheiten:**

Ich bin Nichtraucher                       immer schon                       seit ..... Jahren  
 Ich rauche durchschnittlich etwa ... Zigaretten pro Tag     früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag

**Veränderung Ihres Körpergewichts:**

**Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:**

mein Gewicht kaum verändert     ..... kg abgenommen     ..... kg zugenommen

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**

nein     ja ..... mal pro Woche für ca. .... Minuten. Sportart/-en: .....  
Wie oft gehen Sie spazieren?  täglich         .... mal pro Woche

Haben/Hatten Sie eine Grippe-Impfung bekommen? Wann? \_\_\_\_\_

Haben/Hatten Sie eine Covid-Impfung bekommen? Wann u welche? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre geistige Leistungsfähigkeit/ihr Konzentrationsvermögen/Gedächtnis?  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome:

<input type="checkbox"/> Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> Nervosität	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Panikgefühle
<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit	<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Weinerlichkeit
<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Sinnlosigkeit	
<input type="checkbox"/> Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/> Entmutigung		

Wo liegt Ihr derzeitiges **Energielevel?** (Skala 1 - 10) \_\_\_\_\_

Wie häufig sind Sie im Alltag **besonderen Belastungen** ausgesetzt?

<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Kälte	<input type="checkbox"/> Hitze
<input type="checkbox"/> Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Staub	<input type="checkbox"/> Gifte/Chemikalien/Gas
<input type="checkbox"/> fehlendes Tageslicht	<input type="checkbox"/> schwere körperliche/seelische Belastungen	

**Frauen:**

Leiden Sie unter starker Behaarung?  ja     nein    wo? \_\_\_\_\_

Leiden/Litten Sie an starken Regelschmerzen?     ja     nein

Haben/Hatten Sie eine starke Regelblutung?  ja     nein

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen während/vor Ihrer Periode?     ja     nein

Ist/War Ihr Zyklus regelmäßig?     ja     nein

Wie lange dauert die Regelblutung? \_\_\_\_\_ Tage

Wie viele Tage/Wochen liegen zwischen den Blutungen? \_\_\_\_\_ Tage

In welchem Alter war die erste Menstruation? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Periodenblutung? \_\_\_\_\_

Bzw. wann fing der Wechsel/die Menopause an? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren? Davon Kaiserschnitt? \_\_\_\_\_

Verwenden Sie ein hormonelles Verhütungsmittel oder nehmen ein Hormonpräparat ein?

ja     nein welches? \_\_\_\_\_

Verspüren Sie ein Nachlassen der Potenz/Ihrer Libido?     ja     nein

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

*Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75*

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	nur bei Bedarf
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

.....  
.....  
.....

NEHMEN SIE SICH ZEIT, UM **GESUNDHEIT ZU GESTALTEN** - WIR TUN ES AUCH