

# Anamnese – Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit.  
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten  
beantworten.

**Wichtig!!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer  
von 1 bis 10 ( 1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark )**

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ : \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtszeit: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich ( AOK, DAK, usw. )

Beihilfe

Private Zusatzversicherung

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?**

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie Medikamente, (am besten die jeweilige Tagesdosis) die eingenommen werden, sowie evtl. eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.**

**Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?**

\_\_\_\_\_

**Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?**

\_\_\_\_\_

**Wie war der Erfolg?**

sehr gut    gut    mäßig    schlecht    sehr schlecht

\_\_\_\_\_

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? (vielleicht der Auslöser)?**

z.B.  Erkrankung    Kummer    Trauer    Schreck    Operation    Hautausschläge  
 Medikamente    andere

\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

\_\_\_\_\_

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

\_\_\_\_\_

**Was möchten Sie in einer Behandlung nicht mehr?**

\_\_\_\_\_

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?** (Großeltern, Eltern, Geschwister)

- z.B.  Krebs  Tuberkulose  Depression  Geschlechtskrankheiten  Epilepsie  
 Herzkrankheiten  Gefäßkrankheiten  Schlaganfall  Asthma  Zuckerkrankheit  
 Rheumathismus  Nierensteine  Gallensteine  Multiple Sklerose  Gicht  
 Allergien  Schuppenflechte  Neurodermitis  andere
- 

**Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie?** \_\_\_\_\_

---

**Chronologische Krankengeschichte.**

**Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen (möglichst chronologisch), die Sie durchgemacht haben. (ggf. Rückseite mitbenutzen).**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_  
9. \_\_\_\_\_ 10. \_\_\_\_\_

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

- Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten  Windpocken  Scharlach  Tetanus  Malaria  
 Kinderlähmung(Polio)  Salmonellose  Ruhr  Pfeiffer`sches Drüsenfieber  Tropenkrankheiten  
 Borreliose  FSME  Hirnhautentzündung  Herpes  Gonorrhoe(Tripper)  andere
- 

**Wurden diese Erkrankungen, oder andere schon mal mit Antibiotika / Kortison behandelt?**

- ja  nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt? \_\_\_\_\_

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

- Tuberkulose (BCG)  Polio (Kinderlähmung)  Diphterie  Tetanus  HIB  Masern  
 Keuchhusten  Mumps  Röteln  Hepatitis  Cholera  Gelbfieber  Pocken  Grippe  
 andere
-

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

Fieber  Krämpfe  Unruhe  Schlaflosigkeit  Verhaltensänderungen

**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

ja  nein

**Haben Sie Narben von Operationen oder Unfällen? Durch Zehnextraktion ? Auch kleine Narben eintragen. Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung.**

---

---

---

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parasitenerkrankung festgestellt?**

---

**Emotionales:**

Wie reagieren Sie auf Wärme im Sommer? \_\_\_\_\_

Sind Sie berührungsempfindlich? \_\_\_\_\_

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? \_\_\_\_\_

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? \_\_\_\_\_

Beeinträchtigen Sie enge Räume (Fahrstühle etc.)? \_\_\_\_\_

Mangelnde Konzentration?  ja  nein

Sind Sie müde und erschöpft?  ja  nein

Reizbarkeit verstärkt?  ja  nein

Ängste – Schuldgefühle – Konflikte?  ja  nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein

Schwitzen Sie leicht?  ja  nein

Schwitzen Sie Nachts?  ja  nein

an welchem Körperteil? \_\_\_\_\_  kalter Schweiß  warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?  ja  nein

kalte Hände  kalte Füße

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

sehr belastbar    mäßig belastbar    gar nicht belastbar

**Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?**

sehr gut    gut    mäßig    schlecht

**Haben Sie eine(n) Partner(in)?**

ja    nein

**Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner(in)?**

sehr gut    gut    mäßig    schlecht

**Sind sie glücklich?**

fast immer    meistens    manchmal    selten    nie

**Haben ,oder hatten Sie Haustiere?** \_\_\_\_\_

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt? (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente, Therapierichtungen?)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ernährung:**

Wieviel Liter trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte    Süßigkeiten    Weißmehlprodukte  
 Eier    Kuchen    Zucker    Nüsse

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

\_\_\_\_\_

**Verlangen nach:**

- süß
- sauer
- pikant
- bitter
- salzig
- scharf
- Fleisch
- Eier
- Obst
- Nikotin
- Alkohol

**Abneigung gegen:**

- süß
- sauer
- pikant
- bitter
- salzig
- scharf
- Fleisch
- Eier
- Fett
- Alkohol

Nahrungsmittelallergien auf:

---

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch etc.)

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

**Rauchen:**  nein  ja wie viele am Tag? \_\_\_\_\_

**Alkohol:**  nein  ja wie häufig? \_\_\_\_\_

**Drogen:**  nein  ja

Wurden Sie gestillt?

ja  nein

War Ihre Geburt eine natürliche?

ja  nein

---

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja  nein

---

## Wohnung:

Ist Ihr Schlaf und Ihr Arbeitsplatz auf Geopathische und Elektromok-Belastungen untersucht worden?

ja       nein

## Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- |                                                          |                                                                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe          | <input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe       | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung                 |
| <input type="checkbox"/> Antiquitäten / Holzschutzmittel | <input type="checkbox"/> Teppichböden                          |
| <input type="checkbox"/> Mikrowelle                      | <input type="checkbox"/> schnurloses DECT Telefon              |
| <input type="checkbox"/> W-Lan                           | <input type="checkbox"/> sonstige _____                        |

## Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafraum?

- |                                                     |                                                         |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> elektrische Geräte standby | <input type="checkbox"/> Radio/Funkwecker               |
| <input type="checkbox"/> Handy                      | <input type="checkbox"/> Fernseher                      |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett                 | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

## Wie ist Ihr Schlaf?

- |                                                           |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                  | <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um wieviel Uhr _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen. Wie oft _____ |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen             | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf                      |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß                     | <input type="checkbox"/> heiße Füße                              |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                   |                                                                  |

## Träume:

lebhaft     schrecklich     schön     gegen Morgen     nachdenklich     realitätsnah

## Schlaflage:

- |                                          |                                                          |                                                  |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch           | <input type="checkbox"/> Rücken                          | <input type="checkbox"/> häufiges Drehen im Bett |
| <input type="checkbox"/> links           | <input type="checkbox"/> rechts                          |                                                  |
| <input type="checkbox"/> sitzend         | <input type="checkbox"/> kniend                          |                                                  |
| <input type="checkbox"/> zusammengerollt | <input type="checkbox"/> Kopf mit mehreren Kissen erhöht |                                                  |

## Kopf

### Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- |                                                         |                                 |                                                         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufig                         | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie                            |
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion     |                                 |                                                         |
| <input type="checkbox"/> morgens                        | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> halbseitig                     |
| <input type="checkbox"/> links                          | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseitig                     |
| <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links |                                 | <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts |

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verbessert? \_\_\_\_\_

Was verschlechtert? \_\_\_\_\_

**Haare:**

Haarausfall  O kreisrund  O Schuppen  
 O vereinzelter  O seit wann? \_\_\_\_\_

**Augen:**

Bindehautentzündung  O kurzsichtig  O weitsichtig  O Brille seit: \_\_\_\_\_  
 Grauer Star  O Makula-Degeneration  O Lasertherapie

**Ohren:**

Schmerzen links  O Schmerzen rechts  O beidseitige Schmerzen  O Mittelohrentzündungen  
 O Schwerhörig  O Ohrgeräusche  O Ohrendruck  O Ohrenjucken

**Zähne / Kiefer:**

häufige Zahnarztbesuche  O Beschwerden bei der Zahnung  
 Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne  O Weisheitszähne gezogen, welche: \_\_\_\_\_  
 Wurzelbehandelte Zähne, welche: \_\_\_\_\_  O Tote Zähne, welche: \_\_\_\_\_  
 empfindliche Zähne auf heiß/kalt: \_\_\_\_\_  O Zahnfleischbluten

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  O nein  O ja, wann? \_\_\_\_\_

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  O nein  O ja, wann? \_\_\_\_\_

Womit wurde ausgeleitet? \_\_\_\_\_

**Zahnfüllungen aktuell:**

O Amalgam  O Gold  O Titan  O Kunststoff  O Keramik  O Palladium  O Zement

**Nase:**

O Operationen  O Heuschnupfen Allergien auf: \_\_\_\_\_  
 O behinderte Nasenatmung  O Nase verstopft  
 O Häufig Nasennebenhöhlenentzündungen:  O als Kind  O heute  
 O Absonderungen:  O wässrig  O schleimig  O eitrig  O grünlich  
 O trockene Nasenschleimhaut

**Mandeln:**

O Operation  O häufig Mandelentzündungen:  O als Kind  O heute  O Halsschmerzen

**Schilddrüse:**

O Überfunktion, seit: \_\_\_\_\_  O Unterfunktion, seit: \_\_\_\_\_  O Vergrößerung, seit: \_\_\_\_\_  
 O Haschimoto  O Operation, wann: \_\_\_\_\_

**Brust / Bauch / Rücken:**

**Brustdrüse:**  O Beschwerden  O Operation  O Zysten  O Knoten

**Herz:**  O Beschwerden  O Stechen  O Druckgefühl  O Infarkt  O Beklemmung  O Rhythmusstörungen  
 O Operation, wann: \_\_\_\_\_, welche: \_\_\_\_\_  
 O Bluthochdruck  O niedriger Blutdruck  O Schwindel

**Lunge:**  O Entzündungen, wann: \_\_\_\_\_  O Bronchitis  O Operation  
 O häufig Husten  O Atemnot  O Auswurf

**Leber:**  O Entzündungen  O Hepatitis  O Alkohol wird schlechter vertragen, als früher

**Galle:**  O Steine  O Kolliken  O Operationen  O Druck im Oberbauch  O Fettunverträglichkeit

**Magen:**  O Völlegefühl  O Gastritis  O Appetitlosigkeit  O Sodbrennen  O Aufstoßen

O Nahrungsmittelallergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

**Darm:** O Infektionen O Hämorrhoiden O Blinddarmoperation, wann: \_\_\_\_\_  
O Pilze O Blähungen O Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stuhlgang:** O täglich O jeden 2. Tag O unregelmäßig riecht nach: \_\_\_\_\_  
O Neigung zu Verstopfung O Neigung zu Durchfall

**Konsistenz des Stuhls:** O hell O dunkel O übelriechend O hart O knollig O weich O schmierig  
O wechselhaft O pastenartig O Gefühl nicht fertig zu werden  
O kann Stuhl nicht halten O künstlicher Darmausgang

**Niere / Blase:** O Nierensteine O Entzündungen, wie häufig? \_\_\_\_\_  
O häufig Stechen im Rücken: O rechts O links  
O Reizblase

**Harn:** O viel O wenig O häufig O kann nicht halten O Geruch nach: \_\_\_\_\_  
O brennen O schaumig O hellgelb O klar O dunkel/bräunlich O konzentriert

**Rücken:** O Verspannungen O eingeschränkte Beweglichkeit O Rheuma  
O Schmerzen, HWS, BWS, LWS O Ischias O Skoliose O Bandscheibenvorfall, welcher: \_\_\_\_\_  
O Hexenschuß O Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Arme:** O Verletzungen O Schmerzen O Tennisellenbogen O Kribbeln O kalte Hände

**Beine:** O Schmerzen O Krampfadern O Operationen O Verletzungen O kalte Füße  
O Taubheitsgefühl O offene Wunde O Knieprobleme

**Haut / Nägel:** O Verbrennungen O Narben O Geschwüre O Hautjucken O Warzen O Pilze  
O eingewachsene Nägel O Nagelbettentzündungen  
O Ekzeme O Hautallergie auf (Creme etc.): \_\_\_\_\_

### **Gynäkologischer / Urologischer Bereich:**

Ausfluß: O keinen O stark O weiß O gelb O wundmachend O färbt die Wäsche

O Schmerzen O Eierstockentzündungen O Ausschabungen O Fehlgeburten O Abtreibungen  
O Tumore O Zysten O Myome O Geschlechtskrankheiten O Pilze  
O Geburten / wieviele / wann: \_\_\_\_\_

Menses: Wann war die erste Menses: \_\_\_\_\_ wann die letzte: \_\_\_\_\_

Blutungen sind: O hell O dunkel O klumpig O braun O regelmäßig O unregelmäßig O stark  
O schwach O schmerzhaft

Wieviel Tage dauert die Regelblutung? \_\_\_\_\_

Abstand der Regelblutungen? \_\_\_\_\_

Beschwerden vor-nach-während der Regel-welche: \_\_\_\_\_

Zwischenblutungen: \_\_\_\_\_

Klimakterische Beschwerden: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? \_\_\_\_\_

**Prostata:**

- vergrößert  Entzündungen(gehabt/aktuell)  
 Beschwerden beim Wasserlassen, auch nächtliches Wasserlassen  Geschlechtskrankheiten

Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? \_\_\_\_\_

**Sexualität:**

- vermindert  Lustlosigkeit  verstärkt  unbefriedigend  Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

**Sportarten:** \_\_\_\_\_ wie häufig: \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Fitnesszustand?(1=sehr gut,10=sehr schlecht) \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1-10) \_\_\_\_\_