



## Anamnesebogen

Sehr geehrter Klient, sehr geehrte Klientin,

Sie haben in der nächsten Zeit einen Termin bei mir. Um mehr Zeit für Ihre Behandlung zu haben, bitte ich Sie, den Bogen ausgefüllt zum Termin mitzubringen.

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie sie so genau wie möglich. Natürlich werden alle durch Sie gegebenen Informationen streng vertraulich behandelt. Während des ersten Gespräches werden wir ihn besprechen und auch Ihre weiteren Fragen.

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

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherung\*: gesetzlich; privat, Beihilfe, Zusatzversicherung/Heilpraktiker

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand\*: ledig, liiert, Lebensgemeinschaft, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Sport, Freizeit, Hobby: \_\_\_\_\_

Allergien/ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Warum kommen Sie heute zu mir? \_\_\_\_\_

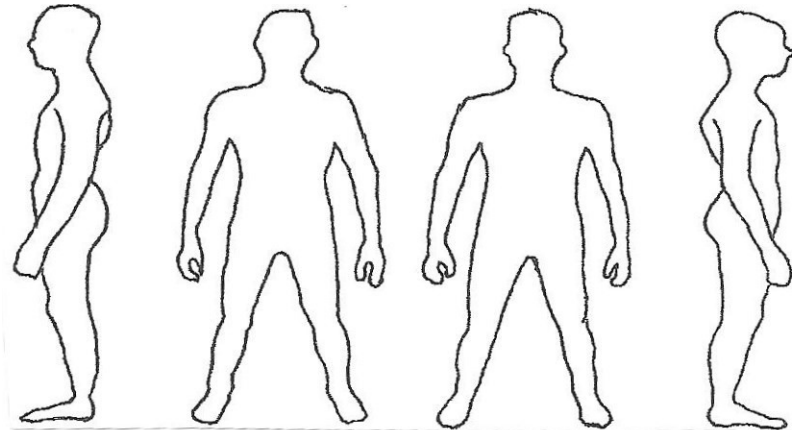
Wann hat dies angefangen und was waren die Umstände? \_\_\_\_\_

Haben Sie weitere Erkrankungen oder Beschwerden? \_\_\_\_\_

- \*Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.



Bitte Beschwerden, Narben und Auffälligkeiten einzeichnen.



Links

Vorne

Hinten

Rechts

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden, wann treten sie auf, wie würden Sie sie beschreiben, strahlen die Beschwerden in andere Bereiche aus, gibt es Begleitumstände (Stress, Hunger, Müdigkeit,...), was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden oder was fällt Ihnen noch dazu ein:

---

---

---

Wie fühlen Sie sich?\* Traurig, glücklich, ängstlich, ruhelos, irritiert, böse, wütend, ausgeglichen, antriebslos, enttäuscht, zufrieden, gestresst

Gibt es Tiefpunkte im Tagesrhythmus? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? \_\_\_\_\_

Gebrauchen Sie Drogen? Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_

---

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

---

Sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Oder waren es früher? \_\_\_\_\_

---

- \*Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.



**Bitte die Punkte ankreuzen, die für Sie zutreffend sind.**

**Die linke Reihe ist für alte Beschwerden, die rechte Reihe für aktuelle gedacht.**

**Wenn Sie Ihre aktuellen Beschwerden auch früher schon hatten, bitte beide Reihen ankreuzen.**

### Allgemein

- Kopfschmerzen: tgl./wöchentlich/mtl.\*
- Schlafstörungen
- Schwindel
- Gewichtsveränderungen: Zunahme/Abnahme\*

### Atemwege

- Halsschmerzen/Entzündungen\*
- Atemnot
- chronischer Husten/Schnupfen\*
- Asthma/COPD\*
- Ohrenentzündungen
- Nebenhöhlenentzündungen
- Tinnitus

### Herz und Kreislauf

- hoher/niedriger Blutdruck\*
- Gefäßverkalkung
- Herzrhythmusstörungen
- Angina pectoris

### Harnwege

- Niereninfekte/-steine\*
- Prostatabeschwerden
- Blasenentzündungen
- Geschlechtskrankheiten
- Inkontinenz
- Veränderung Urin/Libido\*

### Frau

- Schwanger JA/NEIN\*
- schmerzhafte/unregelmäßige Menstruation\*
- prämenstruelles Syndrom
- Wechseljahrsbeschwerden
- Postmenopause JA/NEIN\*

### Muskeln/Gelenke/Knochen

- Rücken-/Nackenschmerzen\*
- Gelenkschmerzen/Rheuma\*
- Muskelschmerzen/-krämpfe\*
- Bewegungseinschränkungen

### Magen und Darm

- Magenbeschwerden
- Übelkeit/Sodbrennen\*
- Stuhlgang. Durchfall/Verstopfung\*
- Darmkrämpfe/-entzündungen\*
- Blähungen
- Leber-/Gallenbeschwerden\*
- Diabetes mellitus

### Haut

- Ekzem/Ausschlag\*
- Neigung zu blauen Flecken
- Haarausfall
- Krampfadern

### Gefühlsleben

- Nervosität/Überbesorgtheit\*
- Traurigkeit/Depression\*
- Wut/Aggression\*
- Konzentrationsschwäche
- Angst
- Lustlosigkeit

### Augen

---

### Schilddrüse

- Über-/Unterfunktion\*
- M. Basedow/ M. Hodgkin\*

- \*Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.



**Sonstiges:**

---

---

Schreiben Sie bitte so genau wie möglich Eckpunkte Ihrer Lebens-/Krankengeschichte auf:

Schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle/Verletzungen/Stürze, Behandlungen, Kinderkrankheiten, Schwangerschaften/Verlauf, Änderungen in Ihrem Leben (Scheidung, Arbeitslosigkeit, Tod naher Vertrauter, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

- \*Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.