



Anamnese – Fragebogen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Vorname: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Empfehlung von: _____

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Welche Maßnahmen wurden bereits unternommen?

Welche Erwartungen haben Sie an meine Behandlung?

Gab es bei Ihnen operative Eingriffe? z.B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke, o.ä.

Haben oder hatten Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? Wenn ja, welche:

Nehmen Sie derzeit Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Zahnbefund:

Füllung/Material: _____ Wurzelbehandlungen: _____

Weisheitszähne: _____ Implantate/Material: _____

Haben oder hatten Sie Beschwerden an folgenden Organsystemen?

Kopf / Kiefergelenk Ja, welche: _____ Nein

Herz und Blutgefäße Ja, welche: _____ Nein

Prostata, Hoden Ja, welche: _____ Nein

Lunge und Atemwege Ja, welche: _____ Nein

Leber, Galle, Magen Ja, welche: _____ Nein

Darm oder Pankreas Ja, welche: _____ Nein

Niere oder Blase Ja, welche: _____ Nein

Geschlechtsorgane Ja, welche: _____ Nein

Bitte bringen sie alle vorhandenen Untersuchungsbefunde, MRT- und Röntgenbilder sowie
Medikamente (nicht nur Beipackzettel), Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel die Sie
derzeit nehmen zum Ersttermin mit.

Bitte wenden →

Traten bei Ihnen in den letzten Wochen/Monaten folgende Symptome auf?

- öfters leicht erhöhte Temperatur Ja Nein
- schwitzen Sie nachts sehr stark Ja Nein
- nächtliche Schmerzen Ja Nein
- ungewollter Gewichtsverlust Ja Nein

Sind Fehlfunktionen der Schilddrüse bekannt? Ja, welche: _____ Nein

Bitte messen Sie 2 Tage lang morgens bevor Sie aufstehen Ihre Temperatur in der Achsel und tragen sie ein. Tag1: _____ °C Tag2: _____ °C

- Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit? Ja Nein
- Leiden Sie unter Stress und Schlafstörungen? Ja Nein
- Haben oder hatten Sie psychische Erkrankungen? Ja, welche: _____ Nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja, wie oft: _____ Nein

Wie hoch schätzen Sie Ihr Stresslevel ein?

1 = kein Stress
10 = maximaler Stress

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Rauchen Sie? Ja, wie viel/Tag: _____ Nein
- Gibt es bei Ihnen andere Suchterkrankungen? Ja, welche: _____ Nein

Leiden Sie unter Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja Nein

Was ist Ihre überwiegende Freizeitaktivität / Sport und wie häufig betreiben Sie diese?

Für unsere Patientinnen:

- Sind Sie schwanger? Ja Vielleicht Nein
- Vielleicht Hatten Sie Geburten? Ja, wann: _____ Nein
- Gab es Probleme bei den Geburten? Ja, welche: _____ Nein
- Hatten Sie Fehlgeburten? Ja Nein

Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden? z.B.: starke Bauchschmerzen

Haben oder Sie Probleme in den Wechseljahren? Ja Nein
