



---

## Anamnese

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.  
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit  
eigenen Worten zu beantworten.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Körpergröße/Gewicht \_\_\_\_\_

Krankenversicherung     Gesetzlich     Privat     Heilpraktiker-Zusatzversicherung  
 Beihilfe / Post

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag  nein  
 nein

Trinken Sie Alkohol?  ja, Trinkmenge: \_\_\_\_\_

bestehende Allergien auf: \_\_\_\_\_

## Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 10 an und ordnen Sie nach Wichtigkeit.

1.	_____	seit	Intensität
2.	_____	seit	Intensität
3.	_____	seit	Intensität
4.	_____	seit	Intensität
5.	_____	seit	Intensität
6.	_____	seit	Intensität

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen? Wie war der Erfolg?

---

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- eine Erkrankung  Kummer  Trauer  Impfung  
 Schreck  Operationen  Hautausschläge  Medikamente  
 Anderes: \_\_\_\_\_

Frühere Erkrankungen / Operationen (wenn möglich, chronologisch):

---

---

---

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

---

---

### Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- |  |                                     |  |                                    |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie    | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB           | <input type="checkbox"/> Pocken     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten           | <input type="checkbox"/> Grippe    |
| <input type="checkbox"/> Masern        | <input type="checkbox"/> HPV        | <input type="checkbox"/> Mumps                 |                                    |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ |                                     |  |                                    |

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fieber          | <input type="checkbox"/> Krämpfe                 | <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen |                                 |

## Familie/Soziales

Partnerschaft: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Eltern: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

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

Berufliche Belastung durch Chemikalien/Giftstoffe?  ja  nein

Sind Sie in Ihrem Beruf zufrieden?  ja  nein

## Emotionales

- |  |   |
|--|---|
| Haben Sie Existenzängste?                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Liegen Beziehungskonflikte vor?                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend?               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Liegen Schlafstörungen vor?                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Können Sie sich an Ihre Träume erinnern?               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

- Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden?  ja  nein  
 Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch?  ja  nein  
 Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen?  ja  nein  
 Können Sie NEIN sagen?  ja  nein  
 Haben Sie oft Schuldgefühle?  ja  nein  
 Schwitzen Sie leicht?  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

Seelische Belastungen (früher & heute):

---



---

## Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

---

Was trinken Sie?

---

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte    | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen      |
| <input type="checkbox"/> Eier             | <input type="checkbox"/> Zucker      |
| <input type="checkbox"/> Nüsse            | <input type="checkbox"/> Biokost     |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

---

Nahrungsmittel-Allergien auf:

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?  ja  nein

Appetit:  gut  mäßig  schlecht  Abneigung gegen Fleisch/Fettes

Gewicht:  konstant  Zunahme  Abnahme  \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Wochen

Wurden Sie gestillt?  ja  nein

War Ihre Geburt eine natürliche?  ja  nein: \_\_\_\_\_

## Wohnung

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- konventionelle Haushaltsreiniger
- biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte im Stand-by-Modus
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- lebhafte Träume

Häufiges Erwachen, um wie viel Uhr? \_\_\_\_\_

nächtliches Wasserlassen, wie oft? \_\_\_\_\_

## Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig
- selten
- nie
- Stirn-Augen-Schläfenregion
- Hinterhauptsregion
- morgens
- abends
- halbseitig
- links
- rechts
- doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

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

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

## Haare

- Haarausfall
- kreisrund
- vereinzelt
- seit wann? \_\_\_\_\_

## Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille seit: \_\_\_\_\_

sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

## Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck
- Mittelohrentzündungen

## Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen
- wurzelbehandelte Zähne
- tote Zähne
- empfindliche Zähne auf
- heiß
- kalt

Wurden bei Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?

- ja, ohne Ausleitung
- ja, mit Ausleitung
- nein
- Zahnfüllmaterialien:  Amalgam
- Gold
- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

## Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen
- Absonderungen:  wässrig
- schleimig
- eitrig
- grünlich

## Mandeln

- Operationen
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

## Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

## Brust • Bauch • Rücken

### Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

### Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Infarkt
- Rhythmusstörungen
- Beklemmung
- Druckgefühl
- Bluthochdruck

### Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Auswurf, welche Farbe? \_\_\_\_\_

### Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

### Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

### Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit

### Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

### Nieren/Blase

- Nierensteine                       Entzündungen                       häufig

### Harn

- viel                       wenig                       häufig                       kann nicht halten

Geruch nach: \_\_\_\_\_

### Darm

- Infektionen                       Hämorrhoiden                       Blinddarmoperation                       Blähungen

### Stuhlgang

- täglich                       jeden 2. Tag                       unregelmäßig

Geruch nach: \_\_\_\_\_

- Neigung zu Verstopfung                       Neigung zum Durchfall

- Konsistenz des Stuhls:     hell                       dunkel                       übelriechend  
    hart                       knollig                       weich  
    schmierig     pastenartig

- kann Stuhl nicht halten                       Gefühl, nicht fertig zu werden

## Arme • Beine • Rücken • Haut

### Arme

- Verletzungen                       Schmerzen                       Tennisellenbogen  
 Kribbeln                       kalte Hände

### Beine

- Schmerzen                       Krampfadern                       Operationen                       Verletzungen  
 kalte Füße                       Kribbeln                       Taubheitsgefühl

### Rücken

- Beweglichkeit                       Verspannungen                       Belastungen                       Rheuma

### Haut/Nägel

- Verbrennungen                       Narben                       Geschwüre                       Hautjucken  
 Warzen                       Pilze                       eingewachsene Nägel                       Biokosmetik  
 Nagelbettentzündungen

## Gynäkologischer/Urologischer Bereich

### Gynäkologisch

#### Ausfluss

- keinen     stark     weiß     gelb     wundmachend     färbt die Wäsche
- Schmerzen     Eierstockentzündungen     Ausschabungen     Fehlgeburten
- Geburten, Anzahl: \_\_\_\_\_  Abtreibungen     Tumore     Zysten
- Myome     Geschlechtskrankheiten: \_\_\_\_\_

#### Prostata

- vergrößert     Entzündungen     Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten: \_\_\_\_\_

#### Sexualität

- vermindert     verstärkt     unbefriedigt     Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Erwartung

Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

---

---

---

---

---

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar in Höhe von 50,- Euro in Rechnung zu stellen.

**Datenschutz:** Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_