

Anamnesebogen

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Email:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Zivilstand:

Kinder:

Beruf:

Hobbies:

Lieber Patient

Um Sie ganzheitlich behandeln zu können, benötige ich grundlegende Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie in Ruhe die folgenden Fragen, um unser gemeinsames Anamnesegespräch bestmöglich vorzubereiten.

Grund der Konsultation?

Gab es Besonderheiten kurz vor Auftreten der Beschwerden? Trauer, Schock, psychischer Stress, Unfall, Kummer, Umzug, Renovation, neue Möbel, Operationen, Viruserkrankung, Hautausschläge, Medikamenteneinnahme, Impfungen, Zahnbehandlung, Schwangerschaft, Auslandsreise usw.?

Bereits erfolgte Therapie? Welche?

Krankheitsgeschichte:

Wann und wo treten die Beschwerden auf? Jahreszeit, ganzjährig, tags, nachts, bestimmte Uhrzeiten, in der Wohnung, im Freien, Arbeitsplatz?

Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Grosseltern, Geschwister):

Medikamente: Blutverdünner, Blutdruckmedikamente, Schmerzmittel, Entzündungshemmer, Hormone, Abführmittel, Nahrungsmittelergänzungen, usw.?

Herzschrittmacher: JA NEIN

Organtransplantation: JA NEIN

Prothesen: JA NEIN

Schwangerschaft: JA NEIN

Bekannte Erkrankungen:

Autoimmunerkrankungen: Psoriasis, rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Rosacea, Sarkoidose, Schilddrüsenerkrankungen (Morbus Basedow / Hashimoto Tyreoidits), Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Sjögren-Syndrom, usw.?

Impfungen: Welche?
Gab es Reaktionen?

Genussmittel / Risikofaktoren: Rauchen, Schadstoffe, Alkohol, Drogen, usw.?

Allergien: Staub, Pollen, Chemikalien, Medikamente, Tiere(haare), Lebensmittel usw.?

Bekannte Unverträglichkeiten: Lebensmittel usw.?

Schlaf: Einschlaf-Durchschlafprobleme, welche Zeit, Tagesmüdigkeit , Träume usw.?

Operationen / Verletzungen: Prothesen, Organtransplantation, Unfälle, Spitalaufenthalte usw.?

Haut/Nägel: Rötung, Juckreiz, Psoriasis, Neurodermitis, Ausschlag, Warzen, Haarausfall, Kopfhaut, Narben, Pilze, usw.?

Kopf:

Kopfschmerzen: häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfenregion, morgens, abends, einseitig, beidseitig, usw.?

Ohr: Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche, usw.?

Augen: Sehstörungen, Entzündungen, grauer Star, grüner Star, usw.?

Nase: Verstopft, Niessen, Sekret, Geruchssinn usw.?

Nebenhöhlen: Schmerzen, Druckgefühl, usw.?

Mund: Zunge, Gaumen, Zähne z.B. Füllungen, Geschmacksinn usw.?

Hals / Rachen: Heiserkeit, Schlucken, Mandelentzündungen, Operation, usw.?

Luftröhre / Lunge / Bronchien: Atembeschwerden, Bronchitis, Asthma, Husten, usw.?

Herz / Kreislauf / Blutdruck: Infarkt, Druckgefühl, Stechen, Beklemmung, Rhythmusstörungen usw.

Speiseröhre / Magen: Aufstossen, Völlegefühl, Blähungen, Appetitlosigkeit, Reflux, usw.?

Darm: Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Hämorrhoiden, usw.?

Leber / Galle: Entzündung, Fettunverträglichkeit, Gallensteine, usw.?

Nieren / Blase / Harnleiter: Steine, Entzündungen, Inkontinenz, usw.?

Gynäkologischer Bereich: Infekte, Entzündungen, Verhütungsmittel, Zysten, Myome, usw.?

Bewegungsapparat: Verspannungen, Schmerzen, Entzündungen, Bandscheibenvorfall, usw.?

Infektionskrankheiten: Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Pfeifferisches Drüsenfieber, Keuchhusten, Herpes, Borrelien, rezid. Angina tonsillaris usw.?

Stoffwechsel: Diabetes, Cholesterin usw.

Hormonsystem: Schilddrüse, Nebennieren, Bauchspeicheldrüse, Eierstöcke, Hoden, hormonelle Störungen usw.

Lymphsystem: geschwollene Beine usw.

Psychische Beschwerden: Stimmungsschwankungen, Depressionen, Burnout, usw.

Auslandaufenthalte:

Lebensweise, Sport, Ernährung, Trinken:

Stress: 1 – 10 (1 = Kein Stress)

Energielevel: 1 – 10 (1 = keine Energie)

Allgemeines Wohlbefinden: 1 – 10 (1 = Unwohlsein)

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie?

Welche Erwartungen vom Therapeuten?

Haben Sie besondere Wünsche bezüglich Musik, Licht, Ruhe, Kommunikation?

Ort / Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!