

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich aus, auch wenn Ihnen die ein oder anderen Fragen unwichtig für Ihr Anliegen erscheinen – es hilft, Ihre Behandlung genau auf Sie abzustimmen.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tätigkeit/Beruf: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Familienstand + Kinder: _____

Blutgruppe: _____

Gewicht/Größe: _____

Selbstzahler: ja / nein

Krankenkasse / Zusatzversicherung für Heilpraktiker / Beihilfe (ja/nein)

Welzel Alexandra

Heilpraktikerin, Master-Therapeutin für klinische Psycho-Neuro-Immunologie

Straubinger Str. 26a

93055 Regensburg

E-Mail: heilpraktikerin.welzel@gmail.com

Wegen welchen Beschwerden kommen Sie in Behandlung und was ist **Ihr Ziel** in Bezug auf Ihren Gesundheitszustand.

Mein Ziel ist:_____

Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. Ihrem Besuch?

__ „nur“ Beratung __ Stillstand einer Erkrankung __ Beschwerdebesserung
__ Beschwerdefreiheit __ sonstiges:_____

Was sind Sie bereit für Ihr Ziel zu tun bzw. zu verändern?

__ Essgewohnheiten ändern __ Nahrungsergänzungsmittel einnehmen
__ Stressmanagement mit ggf. Unterstützung __ mehr Sport treiben / Bewegung

Was war unmittelbar (Tage bis Wochen) vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen im Beruf oder im Privatleben, Zahnbehandlung, Impfung, Umzug, finanzielle Probleme, Medikamenteneinnahme

Bringen Sie Ihre Beschwerden mit etwas speziellem in Verbindung?

Gibt es Befunde der bisherigen Behandlung, Therapie und Diagnostik?

(ich bitte Sie, alle vorliegenden Befunde bei Ihrem Termin mitzubringen, um evtl. Doppeluntersuchungen zu vermeiden)

Welche Medikamente (einschließlich Nahrungsergänzungsmittel/Pille) nehmen Sie zurzeit / regelmäßig ein?

1._____	5._____
2._____	6._____
3._____	7._____
4._____	8._____

Was und wie viel am Tag trinken Sie?

Alkohol:

Rauchen:

Drogen/Stimulantien:

Ja / Nein

Ja / Nein

Ja / Nein

Menge:

Menge:

Menge:

Machen Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft, wie lange in der Woche?

Wie viele Stunden schlafen Sie?

Wie ist Ihr Schlaf? (häufiges Erwachen, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen) nicht erholsamer Schlaf, Träume/Alpträume)

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche, durch welchen Test festgestellt?

Welche Impfungen haben Sie bekommen, wie lange sind diese her, gab es Reaktionen?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Wenn ja, wurde Antibiotika verordnet?

Wenn ja, welches?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, beschreiben Sie die Beschwerden

Haben oder hatten Sie Verletzungen oder Operationen? Wenn ja, wann und welche?

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden – außer in dieser Praxis – in Behandlung?

Wenn ja, bitte Arzt/Therapeut und Fachrichtung angeben.

Familienanamnese:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Eltern:

Großeltern/Urgroßeltern:

Geschwister:

Schwangerschaft, Geburt (bitte ausfüllen falls Ihnen bekannt)

War Ihre Schwangerschaft komplikationslos? _____

Waren Sie eine Kaiserschnittgeburt? _____

Wie groß und wie schwer waren Sie? _____

Wurden Sie gestillt? Wenn ja, wie lange? _____

Gab es besondere Vorkommnisse in der Schwangerschaft (Medikamente der Mutter, Trauma der Mutter, Stress der Mutter)

Gibt es in Ihrem familiären Umkreis Raucher? Wenn ja, wer?

Ergänzende Angaben - möchten Sie etwas mitteilen, nach dem auf dem Anamnesebogen nicht gefragt wurde?

Weibliche Patienten:

Brust: Zysten, Tumore, Spannungsschmerzen, Mastitis, Hautveränderungen, Veränderungen der Brustwarzen

Unterleib/Geschlechtsorgane: Ausfluss, Eierstockentzündung, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Operationen, Bartholinitis, Scheidentrockenheit

Menstruation:

Alter der ersten Menstruation:

Regelbeschwerden? Wenn ja, bitte kurze Beschreibung der Beschwerden.

Regelblutung wie lange?

Zyklus regelmäßig? Wie lange ist ihr Zyklus?

Schmerzen, starke Blutung, Blut dunkel, Blut hell, klumpig

Niere/Blase: Nierensteine, Blasenentzündung, wenn ja, wie oft

Harn: wenig, viel, häufig, kann nicht halten, Geruch nach, schmerzhaft beim Wasser lassen

Sexualität: vermehrt, vermindert, unbefriedigt, schmerzhaft, fehlen von

Benutzen Sie Verhütungsmittel, wenn ja welche und seit wann?

Klimakterische Beschwerden, Menopause seit?

Zähne/Kiefer:

Haben Sie Füllungen? Wenn ja, welches Material?

Haben Sie Amalgam oder wurde Amalgam bei Ihnen entfernt?

Wenn Amalgam entfernt wurde mit Kofferdam? Mit Ausleitung?

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Wie sieht Ihre Mund- und Zahnhygiene aus? (Zahnseide, welche Zahncreme, Zungenspatel, regelmäßige professionelle Zahnreinigung)

Kopf/Gehirn/Psyche:

Erkrankungen, Operationen, Migräne, Konzentrationsstörungen, Depression, Burn out

Welche Gefühle sind bezüglich Ihres Gesundheitszustandes aktuell im Vordergrund:

z.B. Wut, Angst, Trauer, Resignation, Schuld, Scham

Sind bei Ihnen Erkrankungen folgender Organe bekannt oder hatten Sie eine Operation/Verletzung an folgenden Organen? Wenn ja, kurze Beschreibung

Augen:

Ohren:

Lunge/Atemwege:

Leber/Galle:

Haut/Haare/Nägel:

Bauchspeicheldrüse:

Herz:

Mandeln:

Schilddrüse:

Magen:

Dünndarm:

Dickdarm/After:

Arme/Beine:

Rücken/Wirbelsäule/Hüfte/Becken:

Erkrankungen des Blutes:

Gerinnungsstörung:

HPU: ___ ja, getestet am _____ Wert: _____

Autoimmunerkrankung:

Krebs:

Wenn ja welcher: _____

Durchgeführte Therapien: _____

Aktueller Status: _____

Stuhlgang:

Wie oft?

Durchfall/Verstopfung/wechselnd?

Konsistenz Stuhl:

Schnittfest, hart, knollig, weich, schmierig, Pasten artig, hell, dunkel, übelriechend, Stuhlinkontinenz, Gefühl nicht fertig zu werden, Blutbeimengungen, Krämpfe, Schleimauflagerungen, unverdaute Nahrungsbestandteile enthalten

Leiden Sie unter Blähungen?

Benötigen Sie viel Toilettenpapier?

Schwimmt ihr Stuhl in der Toilette?

Hatten Sie schon einmal einen Befall mit Würmern oder anderen Parasiten (auch als Kind)?

Verändert sich Ihr Stuhlgang beim Verzehr bestimmter Nahrungsmittel positiv oder negativ?

Lactoseintoleranz?

Fruktoseintoleranz?

Sodbrennen?

Wie oft essen Sie am Tag?

Beschreiben Sie Ihre Mahlzeiten von 4 Tagen (Menge, was haben Sie gegessen?)

Tag 1: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Tag 2: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Tag 3: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____

Tag 4: Uhrzeit

Morgens: _____

Vormittags: _____

Mittags: _____

Nachmittags: _____

Abends: _____

Nachts: _____