

## 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](mailto:heilpraktikerin.welzel@gmail.com)



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?

**Männliche Patienten:**

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

**Unterleib/Geschlechtsorgane:** Ausfluss, Prostatentzündung, vergrößerte Prostata, Tumore, Zysten, Geschlechtskrankheiten, Operationen, Vasektomie, Potenzprobleme, Zirkumzision (Bescheidung),

Hautausschläge, Schleimhautveränderungen

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

Harn: wenig, viel, häufig, kann nicht halten, Geruch nach, schmerzhaft beim Wasser lassen, nachträpfeln, dauert lange bis uriniert werden kann

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

Sexualtrieb hat sich in letzter Zeit verändert?

Benutzen Sie Verhütungsmittel, wenn ja welche und seit wann?

### **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, Burnout

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: \_\_\_\_\_





Was sind Ihre größten Ängste?

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Wenn Ihr Körper oder Ihre Psyche durch die aktuellen Symptome eine Botschaft senden würde: Wovor möchte Sie Ihr aktueller Zustand eventuell bewahren? Gibt es Aufgaben oder Verantwortlichkeiten, die Sie aufgrund Ihrer Situation derzeit abgeben konnten?

Was raubt Ihnen im Alltag die meiste Energie?

Was sind Ihre persönlichen Kraftquellen? Woraus schöpfen Sie Ihre tägliche Energie?