

# Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.  
Die Fragen können Sie durch ankreuzen, oder auch mit eigenen Worten beantworten.

*Hinweis: Sie können diese PDF Datei direkt am PC / Tablet / Smartphone ausfüllen.  
Die Bearbeitung in Browsern (z.B. Microsoft Edge) kann allerdings fehlerhaft sein, verwenden Sie daher bitte gängige PDF Viewer wie Adobe Acrobat Reader oder den PDF X Change Viewer.  
Gerne können Sie den Anamnesebogen auch ausdrucken und per Hand ausfüllen.*

**Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.**

Vorname

Name

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Land

Geburtstag

Geburtsort

Geburtszeit

Körpergewicht/Größe

Beruf

Telefon/Fax

Mobil

Mail

## 1 Beschwerden

Leiden Sie unter akuten Beschwerden? Wenn ja, welche?

Ja  Nein

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie bereits Behandlungen gegen die Beschwerden bekommen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie aufgrund dieser Beschwerden bereits Ärzte, Kliniken oder Heilpraktiker aufgesucht?  Ja  Nein  
Wenn ja, Wie viele/welche?

Wie war der Erfolg?

sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden eines der folgenden Ereignisse?

Eine Erkrankung  Kummer  Trauer  Schreck  Operationen  Hautausschläge  andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Bezeichnung:

Seit:

Tägliche Dosis:

Leiden Sie unter allgemeinen Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja: Welche? (Nahrungsmittel-Allergien bitte im Abschnitt 5 eintragen)

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

## 2 Krankheitsgeschichte

**Chronologische Krankengeschichte:**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- |                                      |  |                                       |   |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Windpocken    | <input type="checkbox"/> Malaria      | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Scharlach     | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper)        |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Ruhr         | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten          |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Syphilis     | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                |

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?  Ja  Nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten oder anderen Infekten?  Ja  Nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs              | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose      | <input type="checkbox"/> Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien              | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten                        | <input type="checkbox"/> Gicht            |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankungen    | <input type="checkbox"/> Neurodermitis          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                           | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte  |
| <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose            | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit<br>(Diabetes Mellitus) |   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus       | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |   | <input type="checkbox"/> andere:          |

### 3 Impfungen

Haben Sie Impfungen erhalten? Wenn ja, Welche?  Ja  Nein

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern                | <input type="checkbox"/> Pneumokokken            | <input type="checkbox"/> Rotaviren         | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps                 | <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Meningokokken C   | <input type="checkbox"/> HPV        |
| <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> HiB                     | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | (Humanes Papilloma Virus)           |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie            | (Haemophilus influenzae B)                       | <input type="checkbox"/> Cholera           |                                     |
| <input type="checkbox"/> Röteln                | <input type="checkbox"/> Pocken                  | <input type="checkbox"/> Gelbfieber        |                                     |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Grippe                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> andere:    |

Corona-Impfungen      Welche:       Wie oft:

Gab es Reaktionen auf diese Impfungen?

- Fieber  Krämpfe  Unruhe  Schlaflosigkeit  Verhaltensveränderungen

### 4 Emotionales

Reagieren Sie empfindlich auf Wärme, z.B. im Sommer?  Ja  Nein

Sind Sie berührungsempfindlich?  Ja  Nein

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?  Ja  Nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?  Ja  Nein

Mögen Sie enge Räume (z.B. Fahrstühle)?  Ja  Nein

Leiden Sie an Konzentrationsschwäche?  Ja  Nein

- Fühlen Sie sich müde und erschöpft?  Ja  Nein
- Sind Sie leicht reizbar?  Ja  Nein
- Haben Sie vermehrt Ängste / Schuldgefühle / Konflikte?  Ja  Nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein
- Schwitzen Sie leicht?  Ja  Nein
- Schwitzen Sie nachts?  Ja  Nein

Wenn ja, an welchem Körperteil:

- kalter Schweiß  warmer Schweiß

- Frieren Sie schnell?  Ja  Nein
- Haben Sie oft kalte Hände oder kalte Füße?  Ja  Nein
- Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
- sehr belastbar  mäßig belastbar  gar nicht belastbar
- Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?
- sehr gut  gut  mäßig  schlecht
- Haben Sie eine/n Partner/in?  Ja  Nein
- Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer/m Partner/in?
- sehr gut  gut  mäßig  schlecht
- Würden Sie sich als glücklich bezeichnen?  Ja  Nein

## 5 Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?  Liter

Was trinken Sie bevorzugt?

Welche dieser Nahrungsmittel essen Sie?

- Milchprodukte  Süßigkeiten  Weißmehlprodukte  Kuchen  Eier  Zucker  Nüsse

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

- süß  sauer  pikant  bitter  salzig  scharf  Fleisch  Eier  Obst  Nikotin  Alkohol

Ablehnung gegen

- süß  sauer  pikant  bitter  salzig  scharf  Fleisch  Eier  Obst  Nikotin  Alkohol

Bekannte Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Wurden Sie gestillt?  Ja  Nein

War Ihre Geburt eine Natürliche?  Ja  Nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?  Ja  Nein

## 6 Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektromog-Belastungen untersucht worden?  Ja  Nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe                  | <input type="checkbox"/> Antiquitäten / Holzschutzmittel |
| <input type="checkbox"/> Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe | <input type="checkbox"/> Teppichböden                    |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe               | <input type="checkbox"/> Mikrowelle vorhanden            |
| <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung                   |  |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone / Internet      | <input type="checkbox"/> Wasserbett                     |
| <input type="checkbox"/> elektrische Geräte im Standby-Modus | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

Wie ist Ihr Schlaf?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit   | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um ca. <input type="text"/> Uhr      | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß       |
| <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen. Wie oft: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> heiße Füße         |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen                        | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen     |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen                                    | <input type="checkbox"/> lebhaftere Träume  |

Schlafelage

- Bauch  Rücken  Links  Rechts  Sitzend  Kniend  Zusammengerollt

## 7 Kopf • Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja:  Ja  Nein

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Häufig                     | <input type="checkbox"/> abends     | <input type="checkbox"/> rechts                         |
| <input type="checkbox"/> selten                     | <input type="checkbox"/> morgens    | <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links |
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion | <input type="checkbox"/> halbseitig | <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts |
| <input type="checkbox"/> Hinterhauptregion          | <input type="checkbox"/> links      | <input type="checkbox"/> doppelseitig                   |

Auslöser der Kopfschmerzen, wenn bekannt:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

### Haare

Leiden Sie unter Haarausfall? Wenn ja:

Ja  Nein

Kreisrund  Vereinzelt Seit:   Wochen  Monaten  Jahren

### Augen

Häufige Bindehautentzündung  kurzsichtig  weitsichtig  Grüner Star  Grauer Star

sonstige Beschwerden:

Brille seit (Jahr):   Dioptrien:

### Ohren

Schmerzen links  Häufige Mittelohrentzündungen  Ohrendruck  
 Schmerzen rechts  schwerhörig  
 beidseitig  Ohrengeräusche

### Zähne / Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche  Tote Zähne  
 Beschwerden bei der Zahnung  Empfindliche Zähne auf:  
 Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne  heiß  kalt  sauer  süß  
 Wurzelbehandelte Zähne

Besitzen Sie Zahnfüllungen? Wenn ja, aus welchen Materialien:

Ja  Nein

Amalgam  Gold  Titan  Kunststoff  Keramik  Palladium

andere:

Wurden bei Ihnen bereits Amalgamfüllungen entfernt?

Ja  Nein

### Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft

- Absonderungen:
  - wässrig  schleimig
  - eitrig  grünlich
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

### Mandeln

- Operation

- häufige Mandelentzündungen:
  - als Kind  heute

### Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- andere bekannte Erkrankung der Schilddrüse:

- Vergrößerung
- Operation

## 8 Brust • Bauch • Rücken

### Brustdrüse

- Beschwerden  Operationen

### Herz

- Beschwerden  Infarkt  Angina pectoris
- Stechen  Beklemmung
- Druckgefühl  Rhythmusstörungen

### Lunge

- Bronchitis  häufig Husten  Atemnot

### Leber

- Entzündungen  Hepatitis

### Galle

- Steine  Koliken  Operation  Druck im Oberbauch  Fettunverträglichkeit

### Magen

- Völlegefühl  Gastritis  Appetitlosigkeit  Nahrungsmittelallergien

### Rücken

- Schmerzen  Hexenschuss  Ischias  Skoliose

### Niere / Blase

- Nierensteine  Entzündungen  häufig:

### Harn

- viel  häufig
- wenig  kann nicht halten

- Geruch nach:

### Darm

- Infektionen  Blinddarmoperation  
 Hämorrhoiden  Blähungen

Geruch nach:

### Stuhlgang

- täglich  jeden 2. Tag  unregelmäßig  Neigung zur Verstopfung  Neigung zum Durchfall

Geruch nach:

### Konsistenz des Stuhls

- hell  hart  schmierig  Gefühl nicht fertig zu werden  
 dunkel  knollig  pastenartig  
 übelriechend  weich  kann Stuhl nicht halten

## 9 Arm • 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  Hautjucken  eingewachsene Nägel  
 Narben  Warzen  Nagelbettentzündungen  
 Geschwüre  Pilze  Allergien auf:

## 10 Gynäkologischer / Urologischer Bereich

### Gynäkologisch

- Schmerzen  Ausschabungen  Abtreibungen  Myome  
 Eierstockentzündungen  Fehlgeburten  Tumore  Geschlechtskrankheiten  
 Geburten, Anzahl:   Zysten

### Ausfluss:

- keinen  stark  weiß  gelb  wund machend  färbt die Wäsche

### Menses

Wann war die erste Menses?

Wann die Letzte?

Wie lange dauert die Blutung?

Wie lang ist ihr Zyklus?

(1. Tag der letzten Regel bis letzter Tag vor der nächsten Blutung. z.B. 27 Tage)

Blutungen sind

hell

klumpig

regelmäßig

dunkel

braun

unregelmäßig

#### Prostata

vergrößert

Beschwerden beim Wasserlassen

Entzündungen

Geschlechtskrankheiten

#### Sexualität

vermindert

unbefriedigt

verstärkt

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## 11 Strahlenbelastung

**Nutzen Sie ein Mobiltelefon (Handy)?**

Ja

Nein

Wenn Ja: Wie viele Minuten telefonieren Sie täglich damit?

Pro Tag ca.  Minuten

Seit:  Monaten / Jahren.  Mit  Ohne Headset  Gemischt

Es ist ca.  Minuten am Tag eingeschaltet /  Durchgehend eingeschaltet

Wo tragen Sie es?

**Besitzen Sie ein DECT-Telefon (schnurloses Festnetztelefon)**

Ja

Nein

Wenn Ja:

Wie viele Minuten telefonieren Sie täglich damit?

Pro Tag ca.  Minuten

Seit:   Monaten /  Jahren.  Mit  Ohne Headset  Gemischt

Welches Modell benutzen Sie?

**Besitzen Sie einen W-Lan Anschluss (kabelloses Internet)?**

Ja

Nein

Wenn Ja:

Wie viele Minuten arbeiten Sie täglich damit?

Pro Tag ca.  Minuten

Seit:   Monaten /  Jahren.

Es ist ca.   Minuten am Tag eingeschaltet /  Durchgehend eingeschaltet

### Bahn

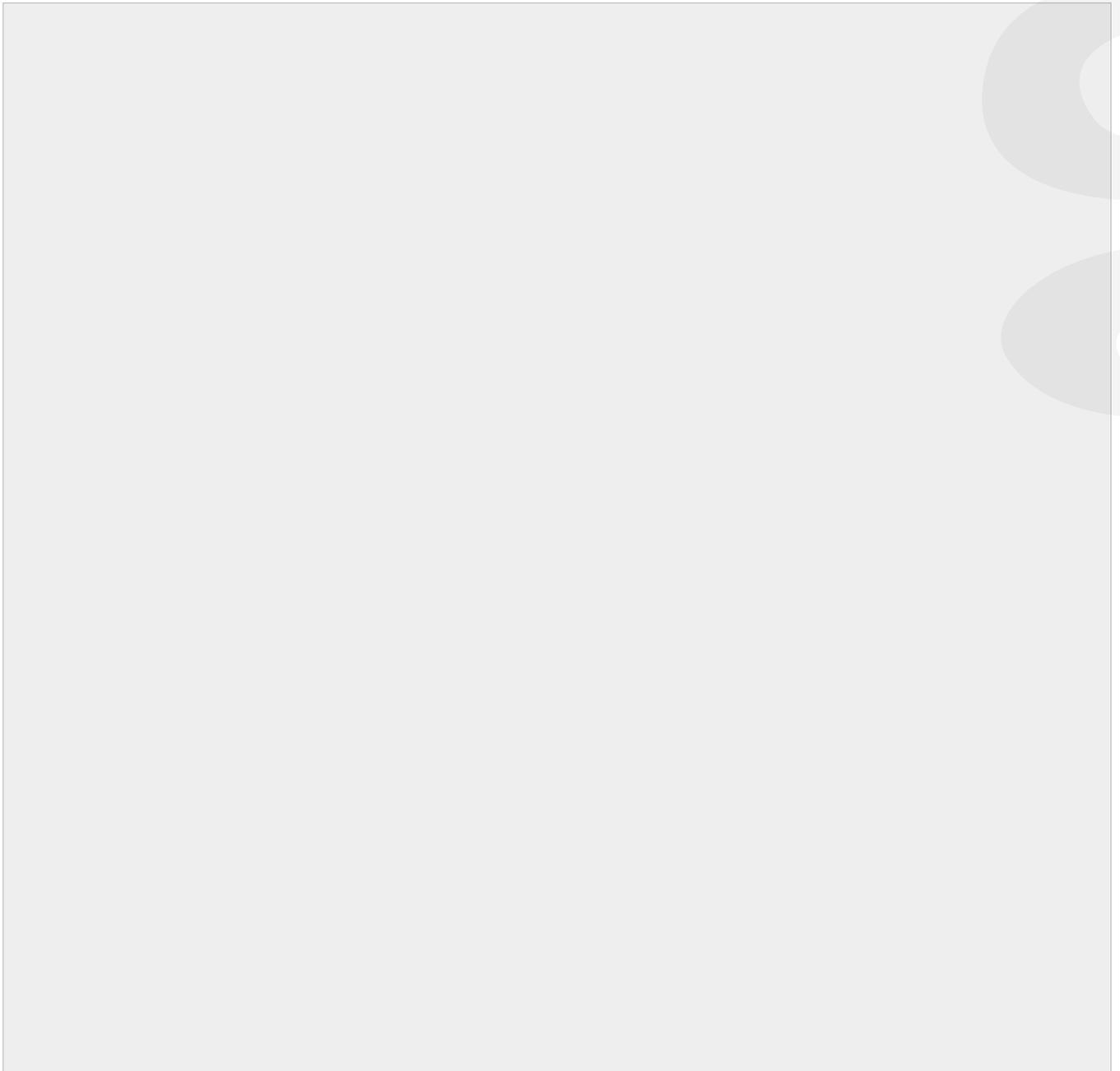
Wie weit wohnen Sie von der nächsten (S-)Bahn Linie entfernt? Ca.  km

### Funkmast

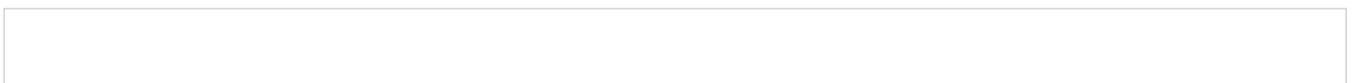
Wie weit ist der nächste Funkmast oder eine andere Strahlenquelle (z.B. Radar, etc.) entfernt? ca.  km

Seit wann wohnen Sie in dieser Nähe?   Wochen  Monaten  Jahren

Platz für weitere Informationen:



Ich stimme zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann.



Datum, Ort, Unterschrift des Patienten