

Eva Stiegele * Heilpraktikerin

Gleichmannstr. 1 * 81241 München-Pasing
Tel.: 089/954 200 63 * Mobil: 0173/3568025
Mail: praxis@stiegele.org
Homepage: praxis-stiegele.org



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Herzlich Willkommen in meiner Praxis.

Um Sie kompetent ganzheitlich behandeln zu können, bitte ich Sie um Ihre Mithilfe.

Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

Vielen Dank!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Blutgruppe: _____ Hausarzt: _____

Versicherung: gesetzlich _____ Zusatzversicherung _____

privat _____ Beihilfe Bund Land

Familienstand: alleinstehend verheiratet Lebensgemeinschaft geschieden verwitwet getrennt lebend

Kinder _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____ Sonstiges _____

1. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie und seit wann bestehen diese?

2. Gab es einen Auslöser? (Trauma, Unfall, Medikamente, Impfung...)

3. Waren / Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in Behandlung? Wenn ja, wo?

4. Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo?

Kopf Zähne Nacken/Schultern Wirbelsäule Unterleib Magen-/Darm Beine

Sonstiges _____

5. Weitere Beschwerden:

6. Welche Operationen / Unfälle hatten Sie? Wann?

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings?

Nein Ja _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein?

9. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (Vitamine, Mineralstoffe)

10. Wann erfolgte die letzte Antibiotika-Therapie und warum?

11. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? Nein Ja, welche _____

12. Welche Impfungen / Auffrischungen haben Sie bekommen? Kam es dabei zu unerwünschten Reaktionen?

13. Rauchen Sie? Nein Ja, Anzahl pro Tag _____ Raucher von bis (Jahre) _____

14. *Treiben Sie Sport?* 2x pro Woche oder öfter gelegentlich nein

15. *Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?*

Heuschnupfen Tierhaare Penicillin Hausstaub Lidocain ASS (z.B. Aspirin)
 Pollen Milben Nahrungsmittel _____ Sonstige _____

16. *Wieviel Wasser trinken Sie täglich?* (Ohne Fruchtsaft, Kaffee, Tee, Alkohol)

3 Liter 2 Liter 1 Liter 500 ml weniger

17. *Wie ernähren Sie sich?*

Fleisch ___ x pro Woche Fisch ___ x pro Woche Obst/Gemüse ___ x täglich
 Süßigkeiten ___ x täglich Fast food ___ x pro Woche Milchprodukte ___ x täglich
 Veganer Vegetarier Sonstiges _____
 Heißhunger auf _____ Abneigung gegen _____
Trinken Sie Alkohol? täglich 2-3x pro Woche seltener nie Welchen Alkohol? _____

17. *Wie ist Ihre Verdauung?*

Stuhlgang ___ x täglich / ___ x wöchentlich Völlegefühl nach dem Essen Sodbrennen
 Blähungen Aufstoßen Verstopfung Durchfall Appetitlosigkeit
 Übelkeit / Erbrechen Hämorrhoiden Gastritis Magengeschwür Helicobacter pylori

18. *Neigen Sie eher zum* Schwitzen Frieren

19. *Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?*

Allergien Tuberkulose Steinerkrankungen Herzerkrankungen Hauterkrankungen
 Asthma Gefäßerkrankungen Gicht Krebserkrankungen Multiple Sklerose
 Rheuma Bluthochdruck Diabetes Depressionen Selbstmord/Suizid

Sonstige Erkrankungen _____
Mutter _____ Vater _____
Großeltern _____ Urgroßeltern _____
Geschwister _____

20. *Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?*

Masern Mumps Röteln Scharlach Windpocken Grippe (Influenza)
 Tetanus TBC Typhus Salmonellose FSME Borreliose
 Keuchhusten Gonorrhoe Syphilis Kinderlähmung Pfeiffersches Drüsenfieber
 Tropenkrankheiten Sonstige _____

21. *Wie schlafen Sie?*

Einschlafprobleme Nachtschweiß Zähneknirschen Häufiges Erwachen Uhrzeit _____
 Sprechen im Schlaf Keine Träume Lebhaftige Träume Nächtl. Wasserlassen Uhrzeit _____
 Schnarchen Bauchlage Seitenlage Rückenlage
Schlafdauer _____ Stunden Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen? Ja Nein

22. Wie ist der Zustand Ihrer Zähne?

- Gold / Kronen Wurzelbehandlung tote Zähne Implantate Brücken Weisheitszähne
 Amalgam Amalgam entfernt wann? _____

23. Sind Schilddrüsen-Erkrankungen bekannt?

- nein ja, welche und seit wann _____

24. Wie hoch ist Ihre psychische Belastung (Stress) auf einer Skala von 1-10? _____

25. Für Patientinnen:

- Monatsblutung regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft
 Ausfluss Zysten / Myome Tumore
 Geburten Fehlgeburten Ausschabungen
 Menopause seit _____ Klimakterische Beschwerden
 Verhütung _____

26. Für Patienten:

- Prostataprobleme Beschwerden beim Wasserlassen Sonstiges _____

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Blutbilder und Befunde zum ersten/nächsten Termin mit.

Datum:

Unterschrift:
