

# Anamnese-Bogen

Vorab der Hinweis, dass Leistungen eines Heilpraktikers in der Regel nicht von den Krankenkassen bezahlt werden und somit vom Patienten zu entrichten sind. Private Krankenversicherungen oder Krankenzusatzversicherungen könnten solche und ähnliche Leistungen abdecken, sofern sie im Tarif enthalten sind.

## Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich

geb. am: \_\_\_\_\_

Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Größe in cm: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

private KVers.: \_\_\_\_\_

private KV-Zusatzvers.: \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt Land  Bund

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Ihre Gewohnheiten:

ja nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

Nehmen Sie Drogen?  ja  nein

Wie viel \_\_\_\_\_ Seit wann \_\_\_\_\_

Wie oft \_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_

Wie oft \_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

## Haben Sie Beschwerden an bzw. mit...

ja nein

Welche?

Kopf/Hals/Schilddrüse/Zähnen:  ja  nein

Herz- Kreislauf- System:  ja  nein

Lunge/Atemwegen:  ja  nein

Magen- Darm- System:  ja  nein

Niere/Harnsystem/Genital/Sexualität:  ja  nein

Nerven/Knochen/Muskeln/Gelenken:  ja  nein

Haut:  ja  nein

Sonstige Beschwerden:  ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vegetative Anamnese:

Stuhlgang  normal  vermehrt  vermindert

Wenn nicht normal:  Durchfall?  Verstopfung?

mit Blut?  mit Schleim?

Wasserlassen  normal  vermehrt  vermindert

Startschwierigkeiten  nachts mehr als 1-2x?  brennen

Nachtschweiß  ja  nein

Gewicht  konstant  nicht konstant  
 Zunahme  Abnahme  
 von \_\_\_\_\_ Kilogramm in \_\_\_\_\_ Monaten

**Haben Sie...**

	ja	nein	Welche?
bestehende Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Operationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhten Blutdruck :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhte Blutfette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nahrungsmittelunverträglichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Gibt es in Ihrer Familie...**

	ja	nein	Bei welchem Verwandten?
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übergewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rücken und Gelenkkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:**

KH-Aufenthalt, OP, Therapie, Kur	Datum

**Ergänzend für Patientinnen:**

	ja	nein	Wann/Welche/Wie viele?
besteht eine Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geburten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Antibabypille:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Bekannte / Freunde  Homepage   
 Krankenkasse  Sonstiges  Genauere Angabe: \_\_\_\_\_

Möchten Sie per E-Mail auf dem aktuellsten Stand der Praxis bleiben? ja  nein

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.**