

---

# Anamnese-Fragebogen

Hinweise zum Ausfüllen:

Dieser Anamnesebogen ist ein pdf-Formular, in das Sie Ihre Antworten direkt eintragen können. Sie speichern hierfür das Dokument am besten unter "Ihrem\_Namen.pdf" ab und füllen es dann aus. Nach dem Ausfüllen "Abspeichern" nicht vergessen! Sie können den Fragebogen auch mehrfach öffnen und ergänzen. Haben Sie alle Angaben getätigt, senden Sie mir das ausgefüllte Dokument als Email-Anlage zurück oder bringen es zu unserem Termin mit.

Wichtig: Füllen Sie den Fragebogen genau aus. Kreuzen Sie das jeweils zutreffende an, antworten Sie mit eigenen Worten und speichern Sie den Bogen anschließend mit den Antworten ab. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

## Persönliche Angaben:

Vorname

Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Geburtstag

Familienstand

Beziehungssituation

Beruf

Wochenarbeitszeit

Schichtdienst

☐ Ja ☐ Nein

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

Bauchumfang (cm)

Messen Sie waagrecht, über den Bauchnabel und eng um den Bauch

Telefon privat

Telefon geschäftl.

Mobil

Telefax

E-Mail

Hausarzt

Versicherung

Versicherungsart

☐ Privat ☐ Gesetzlich

Beihilfe

☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf mich / uns aufmerksam geworden?

### Aktuelle Beschwerden:

Unter welchen aktuellen Beschwerden leiden Sie und seit wann?  
Ordnen Sie Ihre Beschwerden nach der Wichtigkeit.

Beschwerden

begonnen / seit

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

☐ Eine Erkrankung   ☐ Trauer / Kummer   ☐ Operation   ☐ Hautausschläge   ☐ Unfall

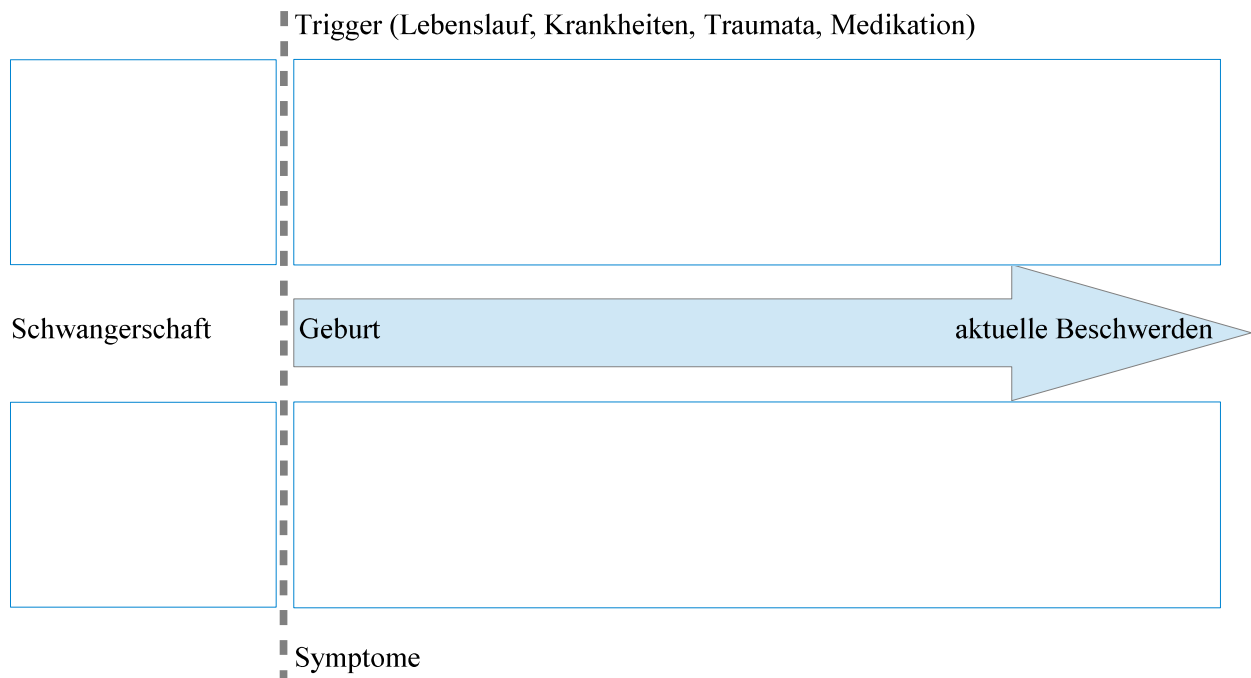
☐ Medikamente

☐ Andere:

Was erwarten Sie von meiner Therapie? / Was ist Ihr Ziel?

Woran würden Sie die Veränderung merken?

Timeline:



Welche Untersuchungen (Röntgen, CT, MRT, Labor) wurden bisher durchgeführt?  
Ggfs. Befunde hierzu einreichen.

Welche Behandlungen / Medikamente haben Sie gegen die Beschwerden bekommen / durchgeführt  
und wie war der Erfolg?

Was führt zur Besserung und was zur Verschlechterung der Beschwerden?  
(z.B. Tages-, Jahreszeiten, Umgebung, Stress, Sport, Temperatur, Lage, bestimmte Lebensmittel, Bewegung etc.)

Welche Erkrankungen hatten / haben Sie (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Migräne, Rheuma, Autoimmunerkrankungen, Kiefererkrankungen, Herzerkrankungen, Viruserkrankungen, Krebs etc.)?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein und in welcher Dosierung?

Nennen Sie mir Ihre Operationen:

Nennen Sie mir Ihre Unfälle:

Nennen Sie mir Ihre Allergien / Unverträglichkeiten (auch gegen Nahrungsmittel):

Leiden Sie unter:

- |                                            |                                                  |                                               |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz      | <input type="checkbox"/> Histamin-Intoleranz  |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie          | <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Salicylat-Intoleranz |

Welche Infektionskrankheiten / Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

### Allgemeine Symptome

- ☐ Mangelnde Konzentration   ☐ Ich bin müde und erschöpft   ☐ Ich bin verstärkt reizbar
- ☐ Ich schwitze sehr schnell   ☐ Ich schwitze in der Nacht
- ☐ kalter Schweiß   ☐ warmer Schweiß
- ☐ Ich friere sehr schnell   ☐ Ich habe oft kalte Hände / Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?   ☐ Sehr   ☐ Mäßig   ☐ Gar nicht belastbar

### Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig   selten   nie   zyklusbedingt

☐   ☐   ☐   ☐

- ☐ Stirn-Augen-Schläfenregion   ☐ Hinterhauptregion
- ☐ morgens   ☐ abends   ☐ halbseitig   ☐ doppelseitig
- ☐ links   ☐ rechts   ☐ wandernd

Auslöser der Kopfschmerzen :

### Nase

- ☐ Operationen   ☐ Nasennebenhöhlenentzündungen   ☐ Heuschnupfen
- ☐ Riechminderung   ☐ behinderte Nasenatmung
- Absonderungen:   ☐ wässrig   ☐ schleimig   ☐ klar   ☐ eitrig   ☐ grünlich

### Ohren

- ☐ Schmerzen   ☐ Mittelohrentzündungen   ☐ Ohrendruck
- ☐ Hörminderung   ☐ Tinnitus / Ohrengeräusche   ☐ Schwindel

### Mund / Hals

- ☐ Herpes   ☐ Brennen der Zunge   ☐ Mandelentzündungen
- ☐ Mundgeruch   ☐ Kloßgefühl   ☐ Schluckstörung
- ☐ Heiserkeit   ☐ Schmeckstörung   ☐ Atembeschwerden

### Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

Letzter Zahnarztbesuch:

- ☐ Zahnfleischbluten   ☐ Überkronte Zähne   ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Tote Zähne   ☐ Zahn-Operationen   ☐ Parodontose / Parodontitis

Zahnfüllmaterialien (Gold, Amalgam, Keramik, Kunststoff etc.):

- ☐ Fehlstellung   ☐ Kiefergelenksschmerzen   ☐ Knirschen / Knirschiene

### Magen

- |                                           |                                              |                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl      | <input type="checkbox"/> Gastritis           | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Infektion |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Sodbrennen / Reflux | <input type="checkbox"/> Oberbauchschmerzen            |

### Galle

- |                                  |                                       |                                                |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Koliken | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|

### Darm

- |                                      |                                       |                                                  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperationen    |
| <input type="checkbox"/> Blähungen   | <input type="checkbox"/> Reizdarm     | <input type="checkbox"/> chron. Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Polypen     | <input type="checkbox"/> Divertikel   | <input type="checkbox"/> Verwachsungen           |
| <input type="checkbox"/> Durchfall   | <input type="checkbox"/> Verstopfung  | <input type="checkbox"/> Leaky Gut Syndrom       |

### Stuhlgang

- ☐ mehrmals tägl.    ☐ tägl.    ☐ jeden 2. Tag    ☐ seltener , alle  Tage

Farbe des Stuhlgangs:

Konsistenz:

- ☐ gleichmäßig    ☐ wechselhaft



**TYP 1**  
Einzelne feste Kügelchen,  
schwer auszuscheiden



**TYP 2**  
Wurstartig, klumpig



**TYP 3**  
Wurstartig mit rissiger  
Oberfläche



**TYP 4**  
Wurstartig,  
mit glatter Oberfläche



**TYP 5**  
Einzelne weiche,  
glattrandige Klümpchen,  
leicht auszuscheiden



**TYP 6**  
Einzelne weiche Klümpchen mit  
unregelmäßigen Rand



**TYP 7**  
Flüssig, ohne feste Bestandteile

- |                                        |                                                   |                                                       |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übler Geruch  | <input type="checkbox"/> Stuhl schwimmt im Wasser | <input type="checkbox"/> glänzender Stuhl / Fettstuhl |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Entleerung schmerzhaft   |                                                       |

Hatten Sie Beschwerden während oder nach Auslandsaufenthalten?    ☐ Ja    ☐ Nein

Hatte ihre Mutter bei Ihnen eine natürliche Geburt?    ☐ Ja    ☐ Nein

Wurden Sie gestillt?    ☐ Ja    ☐ Nein

## Gynäkologisch

|                                                                                                                   |                                                                   |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausfluss                                                                                 | <input type="checkbox"/> Infektionen                              | <input type="checkbox"/> Schmerzen, wo genau <input type="text"/>           |
| <input type="checkbox"/> Zysten                                                                                   | <input type="checkbox"/> Myome                                    | <input type="checkbox"/> Endometriose                                       |
| <input type="checkbox"/> Geburten Anzahl <input type="text"/>                                                     | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten Anzahl <input type="text"/> |                                                                             |
| Besteht eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein                                 |                                                                   | Verhüten Sie hormonell? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Wann hatten Sie Ihre erste Blutung? <input type="text"/>                                                          |                                                                   | Wann Ihre letzte? <input type="text"/>                                      |
| Zykluslänge: <input type="text"/>                                                                                 | Blutungsstärke: <input type="text"/>                              |                                                                             |
| Beschwerden <input type="checkbox"/> vor, <input type="checkbox"/> bei, <input type="checkbox"/> nach der Blutung |                                                                   | Welche Beschwerden? <input type="text"/>                                    |
| Bestehen Wechseljahresbeschwerden? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja                            |                                                                   | Welche Beschwerden? <input type="text"/>                                    |

## Rücken / Gelenke

|                                      |                                                                       |                                            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hexenschuss | <input type="checkbox"/> Schmerzen, wo genau <input type="text"/>     |                                            |
| <input type="checkbox"/> Ischias     | <input type="checkbox"/> Verspannungen, wo genau <input type="text"/> |                                            |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfälle                         | <input type="checkbox"/> Arthrose          |
| <input type="checkbox"/> Skoliose    | <input type="checkbox"/> Mangelnde Beweglichkeit                      | <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand |

## Haut

|                                        |                                                      |                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte / Psoriasis | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> Narben        | <input type="checkbox"/> Hautjucken                  | <input type="checkbox"/> Haarausfall    |
|                                        |                                                      | <input type="checkbox"/> Geschwüre      |

## Emotionales

|                                                     | Ja                    | Nein                  |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Haben Sie Ängste / Angstzustände?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Schuldgefühle?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Konflikte / Beziehungskonflikte?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Waren/sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Führen Sie regelmäßig Freizeitaktivitäten durch?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Können Sie NEIN Sagen?                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wie haben Sie Ihre Kindheit erlebt? Gab es Besonderheiten?

### Lebensweise

Rauchen Sie? ☐ Ja ,  Stück pro Tag: ☐ Nein ☐ Aufgehört, seit:

Wie häufig trinken Sie Alkohol? ☐ Nie/Selten ☐ 1x pro Woche ☐ >2x pro Woche ☐ Täglich

Nehmen Sie Drogen? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Gibt es in Ihrem privaten / beruflichen Umfeld Chemikalien, Schimmel, giftige Dämpfe oder andere gefährliche Umweltstoffe? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja Sportarten:

☐ Nein Warum nicht?

Trainieren Sie auf bestimmte Wettkämpfe hin? ☐ Nein ☐ Ja Welche?

Wie schätzen Sie ihr tägliches Stresslevel ein?

Wie schätzen Sie ihren Umgang mit Stress ein?

Praktizieren Sie eine Entspannungsmethode? ☐ Nein ☐ Ja ,

Wie ist Ihr Schlaf?

☐ Schlaflosigkeit ☐ häufiges Erwachen, um wie viel Uhr:

☐ nächtliches Wasserlassen, wie oft:

☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen ☐ Schwierigkeiten beim Durchschlafen

☐ Unruhe in den Beinen ☐ Zähneknirschen

Wachen Sie morgens ausgeruht auf? ☐ Ja ☐ Nein

Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ☐ Ja ☐ Nein

Schlafenszeit von  bis

Nutzen Sie einen Tracker / App für Ihre Gesundheitsdaten? Wenn ja, welche Daten zeigt dieser?

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

|                  | Nie                   | Selten                | Regelmäßig            | einmal tgl.           | mehrmals tgl.         |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Weißmehlprodukte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Milchprodukte    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eier             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Süßigkeiten      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zucker           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Süßstoffe        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kuchen           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fleisch          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fisch            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gemüse           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obst             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nüsse            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bioprodukte      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

☐ Nein    ☐ ja, ich bin    ☐ Vegetarier    ☐ Veganer    ☐ Sonstiges:

Skizzieren Sie einen typischen Mahlzeitenplan:

Welchen Stellenwert hat Essen für Sie?

Haben / Hatten Sie eine Essstörung? ☐ Nein    ☐ Ja ,

Haben Sie bereits Diäten ausprobiert? ☐ Nein    ☐ Ja ,

Waren Sie mit den Diäten erfolgreich? ☐ Ja    ☐ Nein    Warum?

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

☐ unter 500ml    ☐ 0,5-1 Liter    ☐ 1-1,5 Liter    ☐ 1,5-2 Liter    ☐ über 2 Liter

Was trinken Sie?

☐ Wasser ohne Kohlensäure    ☐ Kaffee    ☐ Tee    ☐ Milch  
☐ Wasser mit Kohlensäure    ☐ Softdrinks    ☐ Bier    ☐ Wein