

Patient/in  
Name, Vorname.....  
Geb. Datum.....  
Anschrift .....  
.....  
Email: .....  
Telefon .....  
Beruf .....  
Größe/Gewicht .....  
Familienstand.....

Naturheilpraxis  
Inna Hendel  
Sulengasse 6  
74523 Schwäbisch Hall

### **Anamnesebogen für Patienten Ihre Krankengeschichte, für eine ganzheitliche Gesundheit**

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit ich Ihr momentanes Problem/Störung/Erkrankung besser verstehen kann, möchte ich Sie möglichst umfassend kennen lernen. Dabei können Sie mir vorab schon helfen.

Anhand der nachfolgenden Fragen schreiben Sie mir bitte kurz!! in Stichpunkten auf, was Ihnen bedeutungsvoll erscheint. Sie können die Fragen über die Ziffern ggf. auch auf der Rückseite ergänzen.

Manche unscheinbaren Störungen sind zum Verständnis einer ganzheitlichen Gesundheit und für eine erfolgreiche Behandlung mitunter außerordentlich wichtig. Natürlich unterliege auch ich der Schweigepflicht!

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen, mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit.

Bitte geben Sie hier Ihre Hauptbeschwerden an:

- 1.
- 2.
- 3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

weitere Erkrankungen

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher/ niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herzleiden      |
| <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen      | <input type="checkbox"/> Schwindel              | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden      | <input type="checkbox"/> Asthma          |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenbeschwerden    | <input type="checkbox"/> Durchfall/ Verstopfung | <input type="checkbox"/> Depressionen    |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten            | <input type="checkbox"/> Allergien              | <input type="checkbox"/> Krebs           |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat           | <input type="checkbox"/> Muskelkrankheiten      | <input type="checkbox"/> Nervenleiden    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges .....            |   |  |

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten       | <input type="checkbox"/> Thrombosen              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Neurodermitis          | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Nervenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krebs             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose            | <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat  | <input type="checkbox"/> Muskelnapparat         | <input type="checkbox"/> Traumen                 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges .....   |   |  |

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

- Cholesterin  Zucker  Harnsäure  Schilddrüse  Blutdruck/Herz  Hormone  
 Sonstige .....

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen?

.....

Wurden Sie geimpft? Wenn ja, wann und welche?

.....

### **Kopf**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/ Migräne?

- Nein  Ja, wie häufig .....

**Augen:**  Bindehautentzündung  kurzsichtig/weitsichtig  Grauer Star  
 Macular Degeneration  Sonstiges .....

**Ohren:**  Tinnitus links/rechts seit .....  Schwerhörigkeit

### **Zähne/ Kiefer**

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?  Ja  Nein  
Haben Sie Implantate?  Ja  Nein  
Hatten Sie OPs?  Ja  Nein  
Zahnfüllmaterialien:  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase:**  OPs  Nasennebenhöhlenentzündungen  behinderte Nasenatmung  verstopft

**Mandeln:**  OPs  häufig Mandelentzündungen  als Kind  heute

**Schilddrüse:**  Überfunktion  Unterfunktion  Autoimmun  OPs

**Haut:**  Geschwüre  Hautjucken  Warzen  Pilze

**Nägel:**  eingewachsene Nägel  Nagelbettentzündungen  brüchige Nägel

**Narben:**  OPs  Schnittverletzungen  Verbrennungen

## Brust/ Bauch

**Herz:**  Stechen  Druckgefühl  Infarkt  KHK  Herzinsuffizienz  
 Rhythmusstörungen  OPs  Stents  Bypass

**Lunge:**  Bronchitis  Asthma  Husten  Atemnot  COPD  Beklemmung  
 Sonstiges .....

**Leber:**  Fettleber  Hepatitis  Leberzirrhose  erhöhte Leberwerte  
 Sonstiges .....

**Galle:**  Steine  Koliken  Druck im Oberbauch  OPs  
 Sonstiges .....

**Magen:**  Völlegefühl  Reflux  Sodbrennen  Schmerzen  
 Gastritis  Geschwür  Appetitlosigkeit  
 Sonstiges .....

**Bauchspeicheldrüse:**  Diabetes  Pankreatitis  Sonstiges .....

**Darm:**  Blinddarm  Blähungen  Hämorrhoiden  Reizdarm  
 Morbus Crohn  Colitis Ulcerosa  Divertikulose  Zöliakie  
 Leaky gut  Sonstiges .....

**Stuhlgang:**  täglich  jeden 2/3/4 Tag  Verstopfung  Durchfall  
 sonstiges .....

## Rumpf

**Arme:**  Verletzungen  Schmerzen  Kribbeln  kalte Hände  
 Sonstiges.....

**Beine:**  Schmerzen  Krampfadern  Verletzungen  kalte Füße  
 Kribbeln  unruhig  Taubheitsgefühl  
 Sonstiges .....

**Rücken:**  Verspannungen  Schmerzen  Einschränkungen  
 OPs  Skoliose  Kyphose  Lordose  Bandscheiben  
 Sonstiges .....

## Gynäkologie

Ausfluss  Eierstockentzündungen  Zysten  Myome  Geschlechtskrankheiten  
 Ausschabungen  Fehlgeburten  Schwangerschaften .....

Tumore  Sonstiges .....

Menstruation erste ..... letzte ..... Menopause .....

Schmerzen  Zyklus regelmäßig  ja  nein

Geburten .....  spontan  Einleitung  Kaiserschnitt

Verhütungsmittel .....

## Andrologie

Prostatavergrößerung  Erektionsstörungen  sonstiges .....

**Allgemeines**

**Schlaf**

Schlaflosigkeit     Einschlafproblematik     Durchschlafproblematik (welche Uhrzeiten .....)  
 Zähneknirschen     Schnarchen     Nachtschweiß     Unruhe  
Wann gehen Sie zu Bett .....    Wann stehen Sie auf .....

**Ernährung**

alles     vegetarisch     vegan     Rohkost     sonstiges .....  
Intoleranz     Laktose     Fruktose     Gluten     sonstiges.....  
Abneigung .....  
Gelüste .....  
Wieviel Mahlzeiten am Tag? .....

**Gemüt**

Leiden Sie unter Ängsten? (Alleinsein/Dunkelheit/Höhenangst/Menschenmengen/enge Räume)  
.....  
.....

Sind Sie oft reizbar?  
.....  
.....

Haben Sie Kummer/Sorgen?  
.....  
.....

Hatten Sie Traumata/ schwere Schicksalsschläge?  
.....  
.....

Haben Sie Groll auf jemanden?  
.....  
.....

Haben Sie Wünsche/ Ziele im Leben?  
.....  
.....

**Leiden Sie unter Suchtverhalten?**

Drogensucht     Ja     Nein  
Alkoholsucht     Ja     Nein  
Zigarettensucht     Ja     Nein  
Spielsucht     Ja     Nein  
Zwang     Ja     Nein  
Sonstiges .....

Schwäbisch Hall, den .....

Unterschrift .....