



Anamnesebogen

meine
GESUNDHEIT

Liebe Klientin

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich entschieden haben, unseren neuartigen, ganzheitlichen Analyse- und Behandlungskonzepte in Anspruch zu nehmen. Damit wir die zur Verfügung stehende Zeit optimal nutzen können, haben wir einen Anamnesebogen zusammengestellt, der uns bereits wichtige Informationen zu Ihrem Lebenslauf und Ihren Lebensgewohnheiten vermittelt. Zudem habe Sie die Möglichkeit, wichtige Informationen vorab in Erfahrung zu bringen.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese so gut wie möglich. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zur Erst-Untersuchung mit - wir werden die Angaben mit Ihnen zusammen besprechen. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Persönliche Daten

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Gewicht kg	Grösse cm	Blutgruppe

Wohn-Adresse

Strasse/Haus-Nr.	Plz/Ort
------------------	---------

Kontakt-Daten

E-Mail	Telefon-Nr.
--------	-------------

Tätigkeiten

erlernter Beruf	aktuelle Tätigkeit
-----------------	--------------------

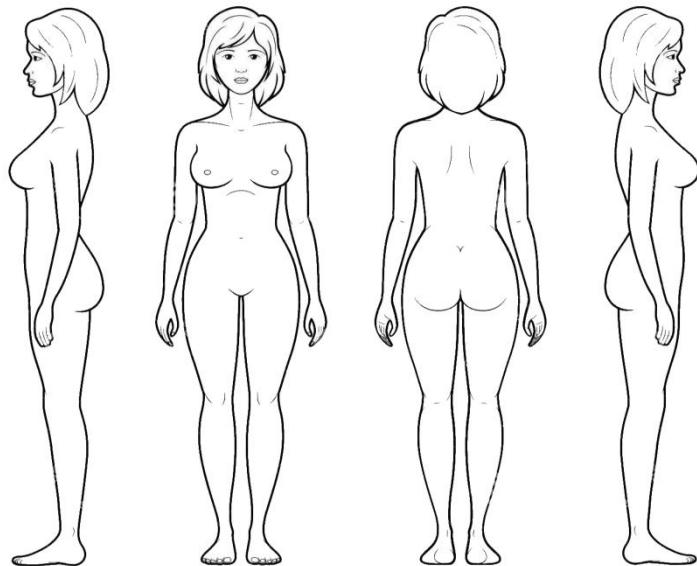
Freizeit, Sport, Hobby (früher)	Freizeit, Sport, Hobby (aktuell)
---------------------------------	----------------------------------

Wer ist Ihr Hausarzt: _____ Tel: _____

Wer hat Sie uns empfohlen? _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese und wie äussern sie sich?



Bitte tragen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre **Schmerzstellen** in **rot**, sowie alle **Narben** in **blau** ein.

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen. (stechend, brennend, bohrend, reissend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmässig oder in einem bestimmten Schema auf?

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

Treten am Tag Schwächeanfälle auf?



Schlafverhalten

Wie gut schlafen Sie ein? _____

Werden Sie nachts wach - und wenn ja wann? _____

Wie häufig müssen Sie zur Toilette? _____

Wie schnell schlafen Sie danach wieder ein? _____

Wie erholt fühlen Sie sich am Morgen? _____

Was für ein Bett haben Sie? _____

1. _____

Was für eine Matratze haben Sie? _____

Boxspring Federkern Kautschuk Schaumstoff Rosshaar _____



Verdauung

Wie ist Ihr Stuhlgang? x täglich x Woche. regelmässig unregelmässig

Konsistenz: fest dünn weich wässrig _____

Farbe: weiss leichtbraun gelbbraun dunkelbraun schwarz

Vorlieben oder Abneigungen: sauer süß würzig bitter

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden? _____

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? _____

Rauchen Sie? Falls ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Falls ja, wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Falls ja, welche und wie häufig? _____

Trinken Sie Kaffee? Falls ja, wie viel? _____



weitere Beschwerden

Welche zusätzlichen Beschwerden haben Sie zur Zeit? _____

1. _____

2. _____

3. _____



Vorbelastungen

Bestehen Familienkrankheiten, erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefässkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten etc.) oder nicht erbliche Belastungen?

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____



Zustand der Zähne

Sind Ihre Zähne in einem einwandfreien Zustand? _____ letzte Kontrolle? _____

Hatten oder haben Sie Amalgam? nein weiss nicht saniert ___ Stk aktuell ___ Stk

Trifft folgendes auf Sie zu? Spange Implantate Extraktionen Wurzelbehandl.

Ergänzende Informationen: _____



Medikamentenliste

Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?

Typ	Produkt	Dosierung	seit	gegen welche Beschwerden
Antibiotika:	_____	_____	_____	_____
Betablocker:	_____	_____	_____	_____
Blutdrucksenker:	_____	_____	_____	_____
Blutverdünner:	_____	_____	_____	_____
Cholesterinsenker:	_____	_____	_____	_____
Hormone:	_____	_____	_____	_____
Insulin:	_____	_____	_____	_____
Opiate:	_____	_____	_____	_____
Schlafmittel:	_____	_____	_____	_____
Schmerzmittel:	_____	_____	_____	_____
Tranquillizer:	_____	_____	_____	_____
Sonstige:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____



Impfungen

Gegen welche Erreger wurden Sie geimpft? Sind weitere Impfungen geplant?

allgemeine Impfungen: Starrkrampf Keuchhusten Diphtherie Polio

Starrkrampf Keuchhusten Diphtherie Polio
 Pocken MMR

Reise-Impfungen: Gelbfieber Malaria Typhus

spezifische Impfungen: Borreliose Tollwut Papilloma _____

Grippe-Impfungen: norm. Grippe Schweinegr. Vogelgrippe Rinderwahn

Elektrosmog



Elektrosmog

Natel-Antennen (Anzahl/Distanz): Wohnort: ___ Stk / ___ m Arbeitsplatz: ___ Stk / ___ m

Arbeitsplatz: ___ Stk / ___ m

WLAN / Bluetooth: Arbeitsplatz zu Hause nachts aus _____

Handy/Funk-Telefon: Arbeitsplatz zu Hause nachts aus

E-Smog im Schlafbereich: Radiowecker Radio/TV/PC Elektrokabel Ladestecker

Bitte auf dieser Seite ankreuzen, was auf Sie zutrifft: Die linke Spalte (○) ist für frühere Beschwerden, die rechte Spalte (□) bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeit: bitte Nichtzutreffendes streichen

ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: täglich / wöchentlich / monatlich
Wo lokalisiert? _____
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme / Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig / morgens / mittags / abends
- doppeltes / verschwommenes Sehen
- Allergien: _____
- Sonstiges: _____
- Sonstiges: _____

MAGENDARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstossen
- Blutungen
- Sonstiges: _____

ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen / Tinnitus
- Sonstiges: _____

MUSKELN / GELENKE

- verspannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmässiger Herzschlag
- Brustbeklemmung / Brustschmerz
- Herzklopfen / Herzrasen
- kalte Hände / Füsse
- Krampfadern
- Aufgedunsen-Sein / Ödeme

HAUT UND HAARE

- Ekzem / Ausschlag
- Psoriasis
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut / Schwitzneigung
- Jucken / Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare
- Hautflecken / Pigmentstörungen
- Sonstiges: _____

NIEREN / HARNLEITER

- Nierenentzündungen / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde / Libido
- Sonstiges: _____

VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- angstlich
- ständig grübelnd
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit / Niedergeschlagenheit
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen
- Sonstiges: _____

SPEZIELL FRAU besteht Schwangerschaft? JA / NEIN

- Alter erstmalige Menstruation/Hormone: _____ / _____
- schmerzhafte Menstruation
- unregelmässige Menstruation
- anhaltende Menstruation
- schmerzhafte Brüste
- prämenstruelles Syndrom
- weisser Ausfluss (Fluor Albus)



Krankheitsgeschichte

Bitte in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht? Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten, wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation, Ekzembehandlungen aufführen.
 2. Kinderkrankheiten auflisten, soweit noch in Erinnerung.
 3. Eventuelle Schwangerschaften (auch Aborte und Fehlgeburten) und deren Verlauf angeben.
 4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z B. Scheidung, Kreislauftyp, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.).
 5. Besuche im Ausland (ausserhalb Europa)

ALTER

KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT/ WERDERGANG

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben?

Welche Krankheit, welcher Unfall, Operation war die Letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei starker physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw. Falls ja, wann und was?
