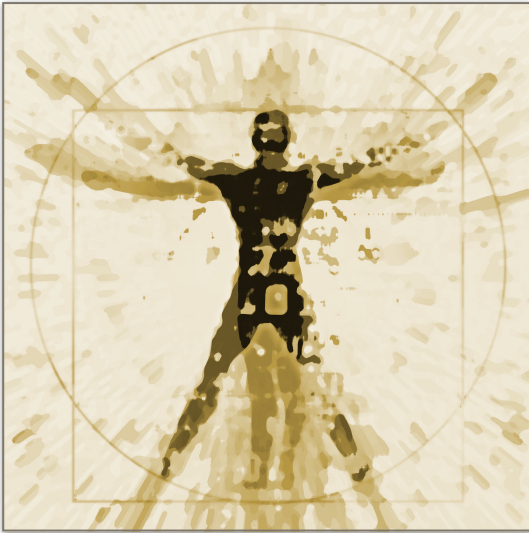


Erstanamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

in meiner Praxis verbinde ich alternative Heilmethoden mit Naturheilkunde und Schulmedizin.

Wertschätzende Behandlung, Zeit, Transparenz und Ruhe sollen Eckpfeiler der Behandlung in meiner Praxis darstellen.

Um gemeinsam mit Ihnen ein ganzheitliches Therapieschema zu entwickeln, brauche ich viele Informationen von Ihnen.

Diese Informationen erfasse ich in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in aller Ruhe sorgfältig und vollständig aus.

Die anschließende, gründliche Untersuchung wird so erleichtert. Bei Schwierigkeiten helfe ich Ihnen selbstverständlich gerne!

Name.....Vorname.....

Straße.....

PLZ.....Wohnort.....

geb.....

Familienstand.....

Beruf.....

Krankenkasse.....

Zusatzversichert

ja:

nein:

Beihilfeberechtigt

ja:

nein:

Telefon.....

E-mailadresse.....

Hausarzt.....

Wieso suchen Sie meine Praxis auf?

Beschwerden?

.....

Wo?

.....

Wie? (Schmerzcharakter, Intensität auf einer Skala von 1 - 10)

.....

Wann?
(Beginn und Ablauf; was verbessert, was verschlimmert)

Seit wann?

Auslösende Faktoren?

Gibt es bereits Voruntersuchungen/ bildgebende Befunde? ja: nein:
Welche?

Welche Krankheiten bestehen oder bestanden in den letzten Jahren?

.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

.....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja: nein:
Wenn ja, welche?

Hatten Sie in den vergangenen Jahren Operationen? Welcher Art?

.....

Haben Sie in der letzten Zeit auffallend an Gewicht verloren? ja: nein:

Leiden Sie unter Appetitsverlust? ja: nein:

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen? ja: nein:

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen, Medikamente etc.? ja: nein:

Welche?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Epilepsie? ja: nein:

Haben Sie Probleme mit Augen oder Ohren? ja: nein:

Leiden Sie an einer infektiösen Erkrankung (HIV, Hepatitis)?	ja:	nein:
Haben Sie ein Druck- / Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	ja:	nein:
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	ja:	nein:
Haben Sie geschwollene Gelenke?	ja:	nein:
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen/ Gefühlsstörungen der Hände oder Arme oder schlafen Ihnen die Hände ein?	ja:	nein:
Haben Sie viel Durst?	ja:	nein:
Wie viel trinken Sie am Tag?.....		
Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?.....	ja:	nein:
Leiden Sie an Verstopfung / Durchfällen?	ja:	nein:
Sind Sie Vegetarier / Veganer?	ja:	nein:
Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?	ja:	nein:
Leiden Sie unter Ängsten / Depressionen?	ja:	nein:
Waren Sie in letzter Zeit im Ausland?	ja:	nein:
Wenn ja, wo?.....		
Haben Sie bösartige Erkrankungen in der Familiengeschichte?	ja:	nein:
Treiben Sie regelmäßig Sport?	ja:	nein:

Danke!

Datum:_____

Unterschrift:_____