



Anamnesebogen Naturheilkunde

Liebe Patientin, lieber Patient

Um ein umfassendes Bild Ihrer Krankengeschichte zu erhalten, bitten wir Sie, den Fragebogen in Ruhe möglichst vollständig auszufüllen. Bringen Sie den Fragebogen und falls vorhanden zusätzliche Unterlagen (Röntgenbilder, Befunde, Laborwerte etc.) bei Ihrem Besuch in meiner Praxis mit. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Personalien

Datum: **Therapeut:**

Name: **Geburtsdatum:**

Adresse: **Wohnort:**

Telefon: **Mail:**

Hausarzt: **Krankenkasse:**

Beruf / Tätigkeit:

Grösse: **Gewicht:**

Familiensituation (Partner/Kinder etc.):

Beschwerde / Anliegen / Ziel:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



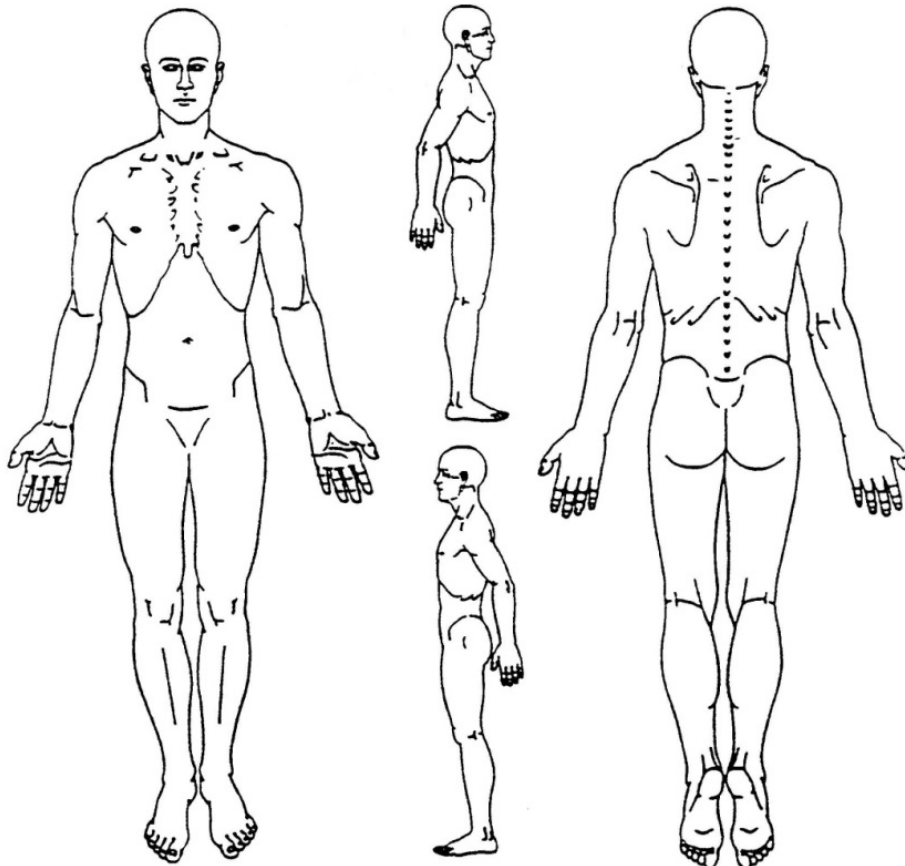
Allgemeine Lebensgewohnheiten

- Haben Sie häufig Stress? ja nein
Fühlen Sie sich leistungsfähig? ja nein
Schlafen Sie ausreichend? ja nein
 Wie viele Stunden?
Treiben sie Sport? ja nein
 Wenn ja, welchen?
Trinken Sie ausreichend? ja nein
 dl pro Tag?
Was trinken Sie überwiegend?
Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein
Essen Sie regelmässig Obst/Gemüse? ja nein
Rauchen Sie? ja nein
 Wenn ja, wie viel?

Wegen welchen Schmerzen wünschen Sie eine Behandlung?

Nutzen Sie das Bild zur Markierung der Schmerzregion

- akut seit:
 chronisch seit:





Für Frauen

Mensbeschwerden ja nein

Unterleibschmerzen ja nein

Klimakteriumbeschwerden ja nein

Verhütungsmittel (Pille, Spirale etc.) ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in der wievielten Woche?

Haben Sie Kinder? ja nein

Wenn ja, wie viele?

Wie haben Sie entbunden?

Gab es Probleme während der Schwangerschaft? ja nein

Bestehen folgende Erkrankungen

Bestehen chronische Erkrankungen der Eltern und naher Verwandter? (z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Darm etc.)

.....
.....
.....

Hatten Sie schwere Unfälle, starke Verletzungen, und Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, welche und wann?

.....
.....
.....

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Besteht bei Ihnen eine nachgewiesene Allergie? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....



Leiden Sie unter Psychischen Problemen? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und

.....
.....
.....

Haben Sie Beschwerden im Bereich?

Wenn ja, was genau?

Kopf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haarausfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahn / Kiefer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Wurzelbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Amalgamausleitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Zahnfüllmaterialien	<input type="checkbox"/> Amalgam	<input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Keramik
Mandeln	<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Entzündungen
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> anderes
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz / Kreislauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Infarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Insuffizienz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Galle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Darm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blase	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Medikamente

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie bis vor kurzem regelmässig Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche?

Radiologische Befunde

Bestehen Röntgenbilder, MRI, CT Bilder oder Befunde? ja nein

Wenn ja, bringen sie diese wenn möglich mit.

Zielsetzung mit Patienten zusammen:

Nahziel:

.....

.....

Fernziel:

.....

.....

Therapiekonzept:

Nächsten drei Sitzungen:.....

.....

.....

Datum, Unterschrift