

Anamneseblatt

Datum: _____

Persönliche Daten:

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- Geschlecht: _____
- Adresse: _____
- Telefonnummer: _____
- E-Mail-Adresse: _____
- Beruf: _____
- Familienstand: _____

Grund des Besuchs / Hauptbeschwerden: Bitte beschreiben Sie so detailliert wie möglich, warum Sie in die Praxis kommen und welche Beschwerden Sie am meisten beeinträchtigen, Seit wann? Wo? Symptome?

Wie haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit entwickelt? (Besser, schlechter, gleichbleibend) und Was verschlimmert Ihre Beschwerden?

Welche Behandlung/Maßnahmen haben Sie diesbezüglich bisher unternommen? (Medikamente, Therapien, Nahrungsergänzungsmittel etc.)

Welche Maßnahmen lindern Ihre Beschwerden?

Gesundheitsziele/Was möchten Sie erreichen? Was ist ihr Wunsch an mich?

Medizinische Vorgeschichte ?:

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. hoher Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall):** Ja Nein – Erläuterung:

- **Diabetes mellitus:** Ja Nein – Erläuterung:

- **Tumorerkrankung (welche Art?):** Ja Nein – Erläuterung:

- **Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen, Morbus Crohn):** Ja Nein – Erläuterung:

- **Allergien / Asthma:** Ja Nein – Erläuterung:

- **Psychische Erkrankungen :** Ja Nein – Erläuterung:

- **Operationen ? Unfälle?:**

- **Neigen Sie zu häufigen Infekten?**

- **Nicht angeführtes bitte hier ergänzen:**

Familienanamnese:

(Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) gehäuft bestimmte Erkrankungen?)

- _____
- _____

Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel:

(Bitte alle Medikamente, rezeptfreien Mittel, Vitamine, Mineralstoffe, pflanzlichen Mittel, etc. auflisten, die Sie regelmäßig oder gelegentlich einnehmen. Dosierung ? Häufigkeit?)

Lebensstil – Ernährung:

- **Essen Sie Flexitarisch/Vegetarisch/Vegan? Viel Fast Food?**
-

- **Wie oft essen Sie die folgenden Lebensmittelgruppen pro Woche?**

- **Gemüse:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich
 - **Obst:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich Wenn ja, Wieviel pro Tag?
-

- **Vollkornprodukte:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Hülsenfrüchte:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Nüsse & Samen:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Fisch:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Rotes Fleisch:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Geflügel:** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Milchprodukte (Milch, Joghurt, Käse):** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Verarbeitete Lebensmittel (Fertiggerichte, Süßigkeiten, Snacks):** 0-2 Mal 3-5 Mal Täglich

- **Wie ist ihr Essensrhythmus? Wann ist Ihre Hauptmahlzeit? Gibt es viele Zwischenmahlzeiten? Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend? Essen Sie oft unter Stress? Haben Sie oft einen Süßhunger? (Evtl mit Angabe der Nahrungsmittel die sie bzgw gestern über den Tag verteilt gegessen haben)**
-
-
-

Haben Sie Unverträglichkeiten oder meiden Sie bestimmte Lebensmittel? Wenn ja, welche?

- **Trinken Sie regelmäßig:**

- **Wasser:** Wenig Mäßig Viel

- **Gesüßte Getränke/Limonaden:** Wenig Mäßig Viel

- **Kaffee:** Wenig Mäßig Viel (Tassen pro Tag: _____)

- **(Können sie auch abends Kaffee trinken? Reagieren sie mit Herzrasen auf Kaffee?)** _____

- **Tee (zuckerfrei):** Wenig Mäßig Viel

- **Alkohol:** Nie Gelegentlich (wie oft/mengenmäßig? _____)

- **Vertragen sie Alkohol oder reagieren sie schnell mit unangenehmen Zuständen ?** _____

- **Regelmäßig (wie oft/mengenmäßig? _____)**

Magen/Darm Bereich

Haben Sie öfter Aufstoßen/Sodbrennen oder ein Völlegefühl?

- **Haben Sie täglich Stuhlgang? Wie ist die Konsistenz und Farbe? Müssen sie viel Klobesen oder Klopapier verwenden?**

• _____

- **Haben Sie viele Blähungen? Wenn ja, sind diese übelriechend (zB nach Schwefel, stechend, übel oder leicht süßlich, säuerlich?)**

• _____

- **Haben Sie öfter Bauchschmerzen oder Krämpfe? Wenn ja, wo, wann, wie oft und wie fühlen sie sich an?**

• _____

• _____

Lebensstil – Schlaf:

- **Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?** _____
- **Zeichnen sie den Schlaf auf? Wenn ja, Wie lange ist der Tief und der REM Schlaf? Gibt es häufige Wachphasen?**

• _____

- **Fühlen Sie sich nach dem Aufwachen erholt? Ja Nein**

- **Haben Sie Schlafprobleme (z.B. Einschlaf oder Durchschlafprobleme? Wenn ja, wann schlafen sie ein und um welche Uhrzeit wachen Sie auf?**

• _____

• _____

Lebensstil - Energie :

- **Wie sieht Ihre Energie und Konzentration tagsüber aus?**

• _____

• _____

Lebensstil – Bewegung & Aktivität:

- **Betreiben sie Sport? Wenn ja, wie oft pro Woche und welche Art von Bewegung?**

• _____

• _____

Lebensstil – Stress & Mentale Gesundheit:

- Wie würden Sie Ihr aktuelles Stresslevel auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 10 (sehr hoch) einschätzen?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Was sind Ihre größten Stressfaktoren?
•
- Fühlen Sie sich oft angespannt oder überfordert? Ja Nein (Wenn Ja, bitte näher erläutern)

- Haben Sie Hobbys oder nehmen Sie sich Zeit für Beschäftigungen, die Ihnen Freude bereiten und Sie entspannen?

Lebensstil – Umwelt & Toxine:

- Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht? Ja Nein (Wenn Ja, wie viele und wie lange? _____)
- Sind Sie passiv dem Zigarettenrauch ausgesetzt? Ja Nein
- Haben Sie beruflich oder privat Kontakt zu Chemikalien, Pestiziden oder anderen potenziell toxischen Substanzen?
- Wie ist die Wasserqualität in Ihrem Zuhause? (z.B. Leitungswasser, gefiltert, Flaschenwasser)

Weitere für Sie relevante Informationen / Anmerkungen:

Bestätigung :

Ich bestätige, dass die von mir gemachten Angaben einer ersten Orientierung dienen und in die Kartei der Ordination aufgenommen werden dürfen.
Die Ganzheitlichen Möglichkeiten der Therapie sind sehr Vielfältig, benötigen aber auch viel Eigenverantwortung im Sinne einer Lebensstilmodifikation wie z.B Ernährungsumstellung, Stressreduktion oder Sportliche Betätigung, um die Selbstheilungskräfte bestmöglich anzuregen.

Unterschrift des Patienten _____