

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Ilonka Vordermayr

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ **Telefon** _____

Beruf _____

Email _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | |

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm
 Mandeln
 Sonstiges _____

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure
(z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | |
| <input type="checkbox"/> Metalle | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ | | |

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | | |

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung regelmäßig schmerzhaft
 unregelmäßig

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Anzahl Zigaretten/Tag _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? _____
(Ein-, Durchschlafen)

11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
- Sonstige Erkrankungen _____
(chronisch)

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |
- Weisheitszähne vorhanden? ja nein
 Implantate ja nein

14. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Helikobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | | |
- Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.

16. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Datum, Unterschrift _____