Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer Ihre Informationen sind, desto besser können wir uns auf Sie vorbereiten, diagnostizieren und Sie bestmöglich behandeln.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut wie möglich aus und schicken ihn uns vorab per Mail oder Post zu. Bei kurzfristigen Terminen bringen Sie den Fragebogen bitte ausgefüllt mit.

Vielen Dank!

Ihre Heilpraxis Sattler & Galijas

Vor- und Nachname _____

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.

☐ Masern ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Mumps ☐ Scharlach ☐ Keuchhusten ☐ Lungenentzündung

3a. Welche Impfungen haben Sie?

_____

4. Welche Operationen hatten Sie?

☐ Blinddarm ☐ Mandeln

☐ Sonstiges _____

5. Welche Allergien liegen vor?

☐ Heuschnupfen ☐ Tierhaare ☐ Hausstaub ☐ Penicillin ☐ Lidocain ☐ Metalle

☐ Acetylsalicylsäure ☐ Pollen ☐ Milben ☐ Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)

☐ Nahrungsmittel; welche? _____

☐ Sonstige Allergien; welche? _____

6. Familienvorgeschichte: Welche Krankheiten gab/gibt es in der Familie?

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Herzinfarkt ☐ Asthma

☐ Lungenerkrankung ☐ Erbkrankheiten ☐ Krebs ☐ Sucht/Alkoholismus

☐ Depression ☐ Schizophrenie ☐ Sonstige _____

6a. Bei Ihrem Partner? _____

7. Für Patientinnen:

Sind Sie aktuell schwanger? _____ 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 _____

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft: _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

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? Welchen? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten (Ein- und Durchschlafen) _____

Gibt es etwas in Ihrem Leben, das Sie verändern möchten, aber nicht können? _____

_____

_____

11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

☐ Asthma ☐ Bluthochdruck ☐ Depression ☐ Diabetes ☐ Fettstoffwechselstörung

☐ Gallensteine ☐ Gicht ☐ Hautkrankheit ☐ Herzerkrankungen ☐ Lebererkrankung

☐ Magenerkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ Rheuma ☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Tumorerkrankung/Krebs _____

☐ Sonstige Erkrankungen (chronisch) _____

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

_____

13. Liegen derzeit Entzündungen im Körper vor? Wo?

_____

14. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

☐ Amalgam ☐ Amalgam entfernt ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

Weisheitszähne vorhanden? ☐ ja ☐ nein Implantate ☐ ja ☐ nein

14a) Sonstige Implantate? _____

15. Wie ist ihre Verdauung?

☐ Völlegefühl n. d. Essen ☐ Vermehrt Blähungen ☐ Verstopfung ☐ Sodbrennen

☐ Vermehrt Aufstoßen ☐ Hämorrhoiden ☐ Appetitlosigkeit ☐ Gastritis ☐ Heliobakter Pylori

☐ Durchfall ☐ Magengeschwür ☐ Pilzerkrankungen ☐ Hautunreinheiten/-veränderungen

☐ Stuhlgang täglich ☐ Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

16. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? (Bitte Befunde mitbringen!)

_____

17. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten? (Meditation, Yoga, Qigong?)

_____

☐ **Ich bestätige die Information zum Heilmittelwerbegesetz gelesen und verstanden zu haben.**

Datum, Unterschrift