



## Anamnese – Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

\_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen wurden bereits unternommen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Erwartungen haben Sie an meine Behandlung?

\_\_\_\_\_

Gab es bei Ihnen operative Eingriffe? z.B. Blinddarm, Mandeln, Kaiserschnitt, künstliche Gelenke, o.ä.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie derzeit Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zahnbefund:

Füllung/Material: \_\_\_\_\_ Wurzelbehandlungen: \_\_\_\_\_

Weisheitszähne: \_\_\_\_\_ Implantate/Material: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Beschwerden an folgenden Organsystemen?

Kopf / Kiefergelenk Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Herz und Blutgefäße Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Prostata, Hoden Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Lunge und Atemwege Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Leber, Galle, Magen Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Darm oder Pankreas Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Niere oder Blase Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Geschlechtsorgane Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Bitte bringen sie alle vorhandenen Untersuchungsbefunde, MRT- und Röntgenbilder sowie  
Medikamente (nicht nur Beipackzettel), Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel die Sie  
derzeit nehmen zum Ersttermin mit.

Bitte wenden →

Traten bei Ihnen in den letzten Wochen/Monaten folgende Symptome auf?

- öfters leicht erhöhte Temperatur Ja  Nein
- schwitzen Sie nachts sehr stark Ja  Nein
- nächtliche Schmerzen Ja  Nein
- ungewollter Gewichtsverlust Ja  Nein

Sind Fehlfunktionen der Schilddrüse bekannt? Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Bitte messen Sie 2 Tage lang morgens bevor Sie aufstehen Ihre Temperatur in der Achsel und tragen sie ein. Tag1: \_\_\_\_\_ °C Tag2: \_\_\_\_\_ °C

- Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit? Ja  Nein
- Leiden Sie unter Stress und Schlafstörungen? Ja  Nein
- Haben oder hatten Sie psychische Erkrankungen? Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja, wie oft: \_\_\_\_\_ Nein

Wie hoch schätzen Sie Ihr Stresslevel ein?

1 = kein Stress

10 = maximaler Stress

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Rauchen Sie? Ja, wie viel/Tag: \_\_\_\_\_ Nein
- Gibt es bei Ihnen andere Suchterkrankungen? Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein

Leiden Sie unter Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja  Nein

---

---

Was ist Ihre überwiegende Freizeitaktivität / Sport und wie häufig betreiben Sie diese?

---

---

Für unsere Patientinnen:

- Sind Sie schwanger? Ja  Vielleicht  Nein
- Vielleicht Hatten Sie Geburten? Ja, wann: \_\_\_\_\_ Nein
- Gab es Probleme bei den Geburten? Ja, welche: \_\_\_\_\_ Nein
- Hatten Sie Fehlgeburten? Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Menstruationsbeschwerden? z.B.: starke Bauchschmerzen

---

Haben oder Sie Probleme in den Wechseljahren? Ja  Nein

---

---