

Anamnesebogen



Liebe Patientin,
lieber Patient,

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

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen und bitten Sie präzise und umfassende Angaben in diesem Bogen zu machen.

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

1. Welche Beschwerden haben Sie aktuell? Weshalb kommen Sie zu mir?

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

3. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Leber-/Galleerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

4. Welche Operationen hatten Sie bisher?

5. Welche Allergien haben Sie? (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen, Gräser, Hausstaub, Tiere, Metalle, Latex, etc.)

6. Familienvorgeschichte

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

7. Für weibliche Personen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften _____
Anzahl Geburten _____

Monatsblutung

Einnahme der Pille?

- Ja
 Nein

- regelmäßig
 unregelmäßig
 schmerzhaft

8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

9. Hatten Sie seit dem Auftreten der Beschwerden eine Zahnbehandlung oder Zahnprobleme? Wenn ja, wann und welcher Zahn war betroffen?

10. Leiden Sie unter Darmprobleme, Verdauungsstörungen, Blähungen etc.?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Behandlung beeinträchtigen können. Außerdem ist mir bewusst, dass keine Heilungsgarantie besteht und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird. Ich bin mir auch bewusst, dass in seltenen Fällen bei Infusionen oder Injektionen Überempfindlichkeitsreaktionen, allergische Reaktionen oder weitere Komplikationen auftreten können.

Traunwalchen, den _____

Unterschrift der/des Patientin/en