

ANAMNESEBOGEN

Heilpraktiker-Praxis · Bitte möglichst vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen

1. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

Hausarzt / behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt: _____

2. Aktueller Behandlungsgrund

Was führt Sie heute zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Wie haben die Beschwerden begonnen? _____

Was verschlimmert die Beschwerden? _____

Was verbessert die Beschwerden? _____

Bisherige Untersuchungen / Diagnosen: _____

3. Vorerkrankungen

Bitte ankreuzen und ggf. ergänzen:

☐ Herz-Kreislauf ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Schilddrüse

☐ Magen/Darm ☐ Leber/Galle ☐ Niere/Harnwege ☐ Lunge

☐ Rheuma ☐ Autoimmunerkrankung ☐ Neurologisch ☐ Psychisch

☐ Hauterkrankung ☐ Allergien ☐ Infektionen ☐ Krebserkrankung

Weitere Erkrankungen: _____

4. Operationen · Unfälle · Krankenhausaufenthalte

Operationen / Jahr: _____

Schwere Unfälle / Verletzungen: _____

Krankenhausaufenthalte / Grund: _____

5. Medikamente · Nahrungsergänzung

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf?

Nahrungsergänzungsmittel / pflanzliche Präparate: _____

Dosierung und Einnahme bitte möglichst genau angeben. Medikamente nicht eigenständig absetzen.

6. Allergien · Unverträglichkeiten

☐ Keine bekannt ☐ Ja, welche? _____

Medikamente: _____

Lebensmittel: _____

Pollen / Hausstaub / Tiere / Sonstiges: _____

Welche Reaktion tritt auf? _____

7. Familie · Familienanamnese

Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Familie: _____

Diabetes: _____

Schilddrüsen-/Autoimmunerkrankungen: _____

Krebserkrankungen: _____

Psychische / neurologische Erkrankungen: _____

Weitere wichtige familiäre Erkrankungen: _____

8. Ernährung · Verdauung

Wie viele Mahlzeiten täglich? _____ Trinkmenge ca.: _____

Ernährungsform: ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ low carb ☐ keto ☐ andere

Besondere Ernährungsgewohnheiten / Diäten: _____

Appetit: ☐ normal ☐ vermindert ☐ gesteigert

Stuhlgang: ☐ regelmäßig ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ wechselnd

Weitere Verdauungsbeschwerden: _____

9. Schlaf · Stress · Lebensstil

Schlafdauer ca.: _____ Std. Schlafqualität: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Einschlaf-/Durchschlafprobleme: _____

Aktuelles Stressniveau: ☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Hauptbelastungen / Stressoren: _____

Bewegung / Sport: _____ Häufigkeit: _____

Rauchen: ☐ nein ☐ ja Alkohol: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Weitere Gewohnheiten / Belastungen: _____

10. Körperliche Beschwerden – kurzer Überblick

☐ Kopfschmerzen ☐ Schwindel ☐ Müdigkeit ☐ Herzklopfen
☐ Atembeschwerden ☐ Husten ☐ Rückenschmerzen ☐ Gelenkschmerzen
☐ Hautprobleme ☐ Haarausfall ☐ Schwellungen ☐ Schmerzen
☐ Übelkeit ☐ Blähungen ☐ Sodbrennen ☐ Stuhlveränderungen
Weitere Beschwerden / Besonderheiten: _____

11. Frauenheilkunde (falls zutreffend)

Letzte Menstruation: _____ Zykluslänge: _____

Zyklus: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig Beschwerden: _____

Schwangerschaften / Geburten: _____

Menopause / Wechseljahre: ☐ nein ☐ ja seit: _____

Hormone / Verhütung: _____

12. Männergesundheit (falls zutreffend)

Prostata-/Harnbeschwerden: ☐ nein ☐ ja Details: _____

Weitere urologische Beschwerden: _____

Hormone / sonstige relevante Behandlungen: _____

13. Impfungen · Infektionen

Impfstatus bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wichtige Impfungen / letzte Auffrischungen: _____

Bedeutsame Infektionen in der Vergangenheit: _____

COVID-19 / andere relevante Infektionen (optional): _____

14. Bisherige Therapien

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? _____

Was hat geholfen? _____

Was hat nicht geholfen oder wurde nicht vertragen? _____

15. Ziele und Erwartungen

Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen?

Was ist Ihnen bei der Behandlung besonders wichtig?

16. Weitere wichtige Informationen

Gibt es noch etwas, das für Ihre Behandlung wichtig sein könnte?

17. Einverständnis · Information

Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass die heilpraktische Behandlung eine ärztliche Untersuchung oder notwendige medizinische Behandlung nicht ersetzt. Bei akuten, schweren oder unklaren Beschwerden soll unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden. Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten erfolgt nach den geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen; nähere Informationen erhalte ich in den Praxisunterlagen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Praxisinterner Bereich · Datum Erstaufnahme: _____ · Behandler/in: _____