

## Anamnese-Fragebogen

---

Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen  
oder mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname:

Nachname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

---

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Geburtstag

Geburtsort

Geburtszeit

Körpergröße in cm

Gewicht

Beruf

## Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1	seit	Intensität
2	seit	Intensität
3	seit	Intensität
4	seit	Intensität
5	seit	Intensität
6	seit	Intensität
7	seit	Intensität
8	seit	Intensität

---

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche der bisherigen Verfahren/Behandlungen haben eine Besserung gebracht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkältung

Kummer

Trauer

Schreck

Operationen

Hautausschläge

andere:

---

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit und

1. gegen welche Erkrankungen und in welchen Mengen?

2. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein und wie lange?

---

Welche Behandlungsziele erwarten Sie von der Therapie? (Mit Nahrungsergänzungsmitteln)

## Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen sowie alle bisher gestellten Diagnosen.

---

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern

Mumps

Röteln

Keuchhusten

Windpocken

Scharlach

Tetanus

Kinderlähmung

Malaria

Salmonellose

Ruhr

Syphilis

Pfeiffersches  
Drüsenfieber

Gonorrhoe (Tripper)

Tropenkrankheiten

Tuberkulose

Impfungen

---

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

ja

nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

ja

nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krebs

Geschlechts-  
krankheiten

Gefäßkrankungen

Zuckerkrankheit

Rheumatismus

Schuppenflechte

andere:

Tuberkulose

Epilepsie

Schlaganfall

Asthma

Gicht

Allergien

Geisteskrankheiten

Herzkrankheiten

Bluthochdruck

Steinkrankheiten

Multiple Sklerose

Neurodermitis

## Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose (BCG)

Cholera

Tetanus

Pocken

Masern

andere:

Röteln

Diphtherie

Hepatitis

Keuchheusten

HPV

Polio (Kinderlähmung)

Gelbfieber

HIB

Grippe

Mumps

---

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber

Schlaflosigkeit

Krämpfe

Verhaltensänderungen

Unruhe

## Emotionales

ja

nein

Haben Sie Existenzängste?

Liegen Beziehungskonflikte vor?

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend?

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

Liegen Schlafstörungen vor?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

---

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Stilles Wasser

Säfte

Tee

Kaffe/Espresso

---

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

---

Welche Unverträglichkeiten treten bei welchen Lebensmitteln aus?

---

Nahrungsmittel-Allergie auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja

nein

Wenn ja welche:

---

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja

nein



## Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geographische und Elektromog-Belastung untersucht worden?

ja

nein

---

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe  
Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe  
Bäche, Flüsse in der Nähe  
Schimmelpilzbelastung  
Antiquitäten/Holzschutzmittel  
Teppichböden  
Mikrowelle  
WLAN-Geräte  
Bluetooth-Geräte  
Radio  
Schnurloses Telefon

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

Konventionelle Haushaltsreiniger  
Biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnulose Telefone/ Internet  
Elektrische Geräte im Standby-Modus  
Wasserbett  
Eingebauter elektrischer Motor  
WLAN-Geräte

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit  
Einschlafproblem  
Durchschlafprobleme  
Unruhe in den Beinen  
Sprechen Sie im Schlaf  
Nachtschweiß  
Heiße Füße  
Zähneknirschen  
Lebhafte Träume

Häufiges Erwachen, um wie viel Uhr:

Nächtliches Wasserlassen. Wie oft:

## Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen

- häufig
- selten
- nie

Stirn-Augen-Schläfenregion

Hinterhauptregion

morgens

abends

halbseitig

- links

- rechts

doppelseitig

wandernd von

- links nach rechts

- rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Zähne / Kiefer

Zahn-Operationen

Wurzelbehandelte Zähne

Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf

- heiß

- kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt

ja, ohne Ausleitung

ja, mit Ausleitung

nein

Zahnfüllmaterial

Amalgam

Gold

Titan

Kunststoff

Keramik

Palladium

Nase

Operationen

Heuschnupfen

behinderte Nasenatmung

Nase verstopft

Absonderungen

wässrig

schleimig

eitrig

grünlich

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Allergien auf:

## Haare

Haarausfall  
kreisrund  
vereinzelt

## Augen

Bindehaut-  
entzündung  
kurzsichtig  
weitsichtig  
sonstige  
Beschwerden

## Mandeln

Operation  
häufig  
Mandelentzündungen  
- als Kind  
- heute

seit wann:

Brille seit:

## Ohren

Schmerzen links  
Schmerzen rechts  
beidseitig  
Mittelohr-  
entzündungen  
schwerhörig  
Ohrengeräusche  
Ohrendruck

## Schilddrüse

Überfunktion  
Unterfunktion  
Vergrößerung  
Operation

Welches Medikament nehmen Sie ein, falls eine Über-/ Unterfunktion vorliegt?

---

## Brust - Bauch - Rücken

### Brustdrüse

Beschwerden  
Operationen  
Andere

### Niere / Blase

Nierensteine  
Entzündungen  
- häufig

### Herz

Beschwerden  
Stechen  
Druckgefühl  
Infarkt  
Beklemmung  
Rhythmusstörungen  
Bluthochdruck

### Harn

viel  
wenig  
häufig  
kann nicht halten

### Darm

Infektionen  
Hämorrhoiden  
Blinddarmoperation  
Blähungen

### Stuhlgang

täglich  
jeden 2. Tag  
unregelmäßig  
Neigung zur  
Verstopfung  
Neigung zum Durchfall

Geruch nach:

Geruch nach:

Geruch nach:

### Lunge

Bronchitis  
häufig Husten  
Atemnot

### Leber

Entzündungen  
Hepatitis

### Galle

Steine  
Koliken  
Operation  
Druck im Oberbauch  
Fettunverträglichkeit

### Magen

Völlegefühl  
Gastritis  
Appetitlosigkeit  
Nahrungsmittel-  
allergien

### Rücken

Schmerzen  
Hexenschuss  
Ischias  
Skoliose

## Arme - Beine - Rücken - Haut

### Arme

Verletzungen  
Schmerzen  
Tennisellenbogen  
Kribbeln  
kalte Hände

### Beine

Schmerzen  
Krampfadern  
Operationen  
Verletzungen  
kalte Füße  
Taubheitsgefühl

### Rücken

Beweglichkeit  
Verspannungen  
Belastungen  
Rheuma

### Haut / Nägel

Verbrennungen  
Narben  
Geschwüre  
Hautjucken  
Warzen  
Pilze  
eingewachsene  
Nägel  
Nagelbett-  
entzündungen  
Biokosmetik

### Allergien auf:

---

## Gynäkologischer / Urologischer Bereich

### Gynäkologisch

Ausfluss	Schmerzen	Tumore
- keinen	Eierstock- entzündungen	Zysten
- stark	Ausschabungen	Myome
- weiß	Fehlgeburten	Geschlechts- krankheiten
- gelb	Abtreibungen	
- wundmachend		
- färbt die Wäsche	Anzahl der Geburten	

### Menses

Wann war die erste Menses?	Wann war die letzte Menses?	Blutungen sind
		hell
		dunkel
		klumpig
		braun
		regelmäßig
		unregelmäßig

### Prostata

vergrößert  
Entzündungen  
Beschwerden beim Wasserlassen  
Geschlechtskrankheiten

### Sexualität

vermindert  
verstärkt  
unbefriedigt  
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

---

### Blutdruck und Puls

Systolisch	Diastolisch	Puls	Tageszeit
------------	-------------	------	-----------

---

Datum

Unterschrift