



## Anamnese Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Tel. gesch: \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung:     Gesetzlich (AOK, DAK usw.)                       Beihilfe  
                          Private Zusatzversicherung                      Privat-Versicherung: \_\_\_\_\_

Beruf/Schulklasse: \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Name und Adresse des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

### **Anleitung:**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit. **Wichtig:** Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1= sehr sehr gering, 10= extrem stark; z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. „94“)).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie (zunächst die 3 Hauptbeschwerden)  
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel die eingenommen werden, sowie den letzten Laborbefund und eine Panoramaaufnahme des Kiefers (OPG) falls vorhanden mit.**

**Aktuelle Medikamente, Menge der Einnahme (bitte Medikamente und Beipackzettel mitbringen):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_



**Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente etc.

---

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt (Großeltern, Eltern, Geschwister)?**

z.B. Krebs, Asthma, Schlaganfall, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechten, Allergien, Neurodermitits etc.

---

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Haemophilus influenzae (HIB), Röteln, Mumps, Gelbfieber, Hepatitis, Cholera, Grippe, Pocken, Varizellen (Windpocken), FSME, Papillomavirus, H1N1 (Schweinegrippe) etc.

**Gab es Reaktionen auf die Impfung?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen etc.

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Syphilis, Gonorrhoe (Tripper), Tuberkulose, Tropenkrankheiten, FSME, Borreliose, Herpes, Hirnhautentzündung etc.

---

**Wurden sie aufgrund einer Erkrankung schon einmal mit Antibiotika/Kortison behandelt? Falls ja, welches wurde eingesetzt?**

---



---

**Kopf:**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig?** \_\_\_\_\_

- morgens       abends  
 Stirn           Augen     Schläfen     Hinterhauptregion  
 halbseitig     links       rechts       doppelseitig  
 wandernd von links nach rechts     von rechts nach links     von hinten nach vorn     von vorne nach hinten

**Auslöser der Kopfschmerzen:** \_\_\_\_\_

**Was verbessert:** \_\_\_\_\_

**Was verschlechtert:** \_\_\_\_\_

Email: [Naturheilpraxis.Thielen@t-online.de](mailto:Naturheilpraxis.Thielen@t-online.de)

Web: [naturheilpraxis-astrid-thielen.de](http://naturheilpraxis-astrid-thielen.de)

Termine nur nach Vereinbarung



**Haare:**  Haarausfall  kreisrunder Haarausfall  Schuppen **seit wann:** \_\_\_\_\_

**Augen:**  Bindehautentzündung  Grauer Star  kurzsichtig  weitsichtig  Makuladegeneration  
 Lasertherapie  Kontaktlinsenträger  Brillenträger

**anderes:** \_\_\_\_\_

**Ohren:** Mittelohrentzündung:  links  rechts  beidseitig  
 Schwerhörigkeit  links  rechts  beidseitig  
 Geräusche:  links  rechts  beidseitig  
 Schmerzen

**Zähne/Kiefer:**

**Ja Nein**

Häufige Zahnarztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beschwerden bei der Zahnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weisheitszähne gezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Zahnfleischblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Wurde bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnspange getragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Womit wurde ausgeleitet?	_____		

Zahnfüllmaterialien aktuell:  Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik  Implantate  Retainer

**Nase:**

Heuschnupfen

Operationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mandeln:**

Operation  häufige Mandelentzündungen als Kind/ heute  Halsschmerzen  Mundgeruch



**Schilddrüse:**

Überfunktion    Unterfunktion    Vergrößerung    Operation    Hashimoto

**Brustdrüse:**

Knoten    Zysten

Beschwerden:

---

---

Operation:

---

---

**Herz:**

Beschwerden:

---

---

Infarkt, Bypass, Rhythmusstörungen, Druckgefühl, Beklemmung, Stechen

**Blutdruck:**

Wann zuletzt gemessen? \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Lunge:**

Lungenentzündung, häufig Husten, Auswurf, Bronchitis

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Leber:**

Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Galle:**

Steine, Koliken, Operationen: \_\_\_\_\_ Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Magen:**

Gastritis, Nahrungsmittelallergien, Völlegefühl, Sodbrennen, Appetitlosigkeit

sonstiges: \_\_\_\_\_



**Darm:**

Blinddarmoperation, Pilze, Hämorrhoiden, Infektionen, Blähungen ja/ nein, Geruch: \_\_\_\_\_  
sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stuhlgang:**

täglich, ca. jeden 2./ 3./ 4./ \_\_\_\_\_ Tag, unregelmäßig, riecht nach: \_\_\_\_\_

Neigung zu Verstopfungen, Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel, über riechend, knollig, weich, schmierig, pastenartig

Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, brauche viel Papier/ Toilettenbürste

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Niere/ Blase:**

Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/ links, Reizblase

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Harn:**

Häufig, wenig, viel, schaumig, kann nicht halten, Geruch nach: \_\_\_\_\_

**Arme:**

kalt Hände, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellbogen, Verletzungen

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Beine:**

Krampfadern, kalte Füße, Verletzungen, Operationen, Kribbeln, Schmerzen, offene Wunden, Taubheitsgefühl

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Rücken:**

Verspannungen, Schmerzen HWS/ BWS/ LWS, Ischias, Rheuma, Hexenschuss, Skoliose, Bandscheibenvorfall

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haut/ Nägel:**

Hautjucken, Nagelbettentzündungen, Warzen, Geschwüre, Ekzeme, Pilze, Hautallergien auf (bspw. Creme, Shampoo etc.): \_\_\_\_\_

sonstiges: \_\_\_\_\_



**Gynäkologie:**

Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Ausschabung, Eierstockentzündungen, Fehlgeburten, Geburten (Kaiserschnitt, PDA) – Jahreszahl: \_\_\_\_\_

**Menses:**

Wann war die erste Menses (Periode): \_\_\_\_\_ wann die letzte: \_\_\_\_\_

Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: \_\_\_\_\_

Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange: \_\_\_\_\_

Abstand der Regelblutung: \_\_\_\_\_

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: \_\_\_\_\_

Zwischenblutungen: \_\_\_\_\_

Klimakterische Beschwerden: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: \_\_\_\_\_ Seit wann: \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? \_\_\_\_\_

**Prostata:**

Entzündungen gehabt, Vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, aktuell, häufiges Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? \_\_\_\_\_

**Allgemeines:**

Wo haben Sie Narben? (Mit Jahreszahl der Entstehung und auch kleine Narben eintragen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schlaf:**

Schwierigkeiten beim Einschlafen, Schlaflosigkeit, Sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, heiße Füße  
Zähneknirschen, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr), Unruhe in den Beinen

**Schlaflage:**

Rücken, sitzend, zusammengerollt, Bauch, rechts, kniend, links

**Träume:**

Schön, realitätsnah, schrecklich, gegen Morgen, nachdenklich

**Sportarten:** \_\_\_\_\_

Wie häufig?: \_\_\_\_\_



**Ernährung:**

Verlangen nach sauer, süß, salzig, pikant, Fleisch, Alkohol

Allergie auf: \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (vegetarisch, vegan etc.)?

Nein/ falls ja welche: \_\_\_\_\_

**Rauchen:**

Ja/ Nein seit wann: \_\_\_\_\_ wie viele Zigaretten am Tag: \_\_\_\_\_ wann damit aufgehört: \_\_\_\_\_

**Alkohol:**

wie häufig: \_\_\_\_\_ was für Alkohol: \_\_\_\_\_

**Trinken:**

Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter

Was trinken Sie ansonsten: \_\_\_\_\_

**Haustiere:**

Haben oder hatten Sie Haustiere? Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

**Häuslicher Bereich:**

Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich: \_\_\_\_\_

Verwenden Sie ein schnurloses Telefon: \_\_\_\_\_

Gab es eine Wohnraumrenovierung, Neubau, Neue Büroeinrichtung, o.ä:

\_\_\_\_\_

Benutzen Sie ein Mikrowellengerät zur Zubereitung von Speisen oder Getränken:

\_\_\_\_\_

**Auslandsreisen:**

Gab es Tropenreisen oder Reisen in fremde Länder:

\_\_\_\_\_

**Schadstoffexposition:**

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle, o.ä.:

\_\_\_\_\_

**Wurden zu Ihrer Krankheitsgeschichte bereits bildgebende Verfahren durchgeführt?**

Nein  Ja welche: \_\_\_\_\_







**Welche der Folgenden Symptome sind während Ihrer Beschwerden aufgetreten (Bitte Zutreffendes ankreuzen):**

		Ja	Nein
1	Zecken- und Mückenstiche		
2	Hautrötung am Ort des Bisses		
3	Hautrötungen an anderer Stelle		
4	Gelenk- oder Muskelschmerzen in den Füßen		
5	Schwellung an den Zehen oder am Fußballen		
6	Schmerzen am Fußknöchel		
7	Brennen in den Füßen		
8	Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur		
9	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren		
10	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Verlust oder Zunahme)		
11	Erschöpfung, Müdigkeit		
12	Nicht erklärlicher Haarausfall		
13	Geschwollene Lymphknoten		
14	Halsschmerzen		
15	Schmerzen in den Hoden/ den Leisten		
16	Nicht erklärliche unregelmäßige Menstruation		
17	Nicht erklärliche Milchproduktion		
18	Empfindliche Blase oder Blasenfunktionsstörung		
19	Sexuelle Funktionsstörung oder Libido-Verlust		
20	Magenbeschwerden		
21	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfungen, Durchfall)		
22	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen		
23	Kurzatmigkeit, Husten		
24	Herzklopfen, Herzstolpern, Block im Herzreizleitungssystem		
25	Gelenkschmerzen oder Schwellung		
26	Steifheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens		
27	Muskelschmerzen oder Muskelkrämpfe		
28	Zucken im Gesicht oder von andern Muskeln		
29	Kopfschmerzen		
30	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit		
31	Kitzeln, Taubheit, Brennen oder Stiche		
32	Gesichtslähmung (Bellsches Phänomen)		
33	Augen/ Sehvermögen: doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen, verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)		
34	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenscherzen		
35	Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, verstärkte Reisekrankheit		
36	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen		
37	Zittern (Tremor)		
38	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken		
39	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen		
40	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis		
41	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten		
42	Schwierigkeiten beim Sprechen		
43	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen		
44	Gestörter Schlaf, zu viel, zu wenig, frühes Erwachen		
45	Verstärkte Symptome oder schlimmerer Kater nach Alkoholgenuss		
46	Herzgeräusche, Klappen-Prolaps in der Vergangenheit		