

# Naturheilpraxis

Nina Perner



## Anamnesefragebogen

Liebe Patientin,  
Lieber Patient,

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

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je präziser und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie und Ihre Bedürfnisse vorbereiten.

**Bitte füllen sie folgenden Fragebogen möglichst detailliert aus und wenn es Ihnen möglich ist senden Sie ihn mir per Mail, Post oder Fax, vor Ihrem Termin in meiner Praxis, zu.**

Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

**1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?**

---

---

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

---

---

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja bitte ankreuzen:**

- Masern                       Röteln                       Windpocken  
 Mumps                       Scharlach

**4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Blinddarm  
 Mandeln  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:**

- Heuschnupfen               Tierhaare               Hausstaub  
 Penicillin                       Lidocain                       Aspirin  
 Pollen                           Milben                           Konservierungsstoffe  
 Metalle  
 Nahrungsmittel. Bitte nennen: \_\_\_\_\_  
 sonstige Allergien, bitte nennen: \_\_\_\_\_

**6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

- Bluthochdruck               Diabetes                       Fettstoffwechselstörung  
 Herzinfarkt                       Asthma                           Lungenerkrankungen  
 Erbkrankheiten               Schlaganfall                       Krebs  
 sonstiges:

**7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:**

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten \_\_\_\_\_

Einnahme der Pille  ja  nein

Monatsblutung  regelmäßig  schmerzhaft

unregelmäßig

Beginn der Monatsblutungen \_\_\_\_\_

Beginn der Menopause \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormonpräparate \_\_\_\_\_

**8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (evtl. Beipackzettel mitbringen)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Zu Ihrer Person**

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Anzahl Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen? \_\_\_\_\_

Welche Impfungen haben Sie erhalten? \_\_\_\_\_

Was und wieviel trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wieviel Kaffee trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Was essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_

Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Lebensmittel? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Stress? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten? (ein-, durchschlafen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten           |
| <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Asthma                   | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Depressionen      | <input type="checkbox"/> Gicht                    | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Steinleiden               |

Sonstige chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**11. Hatten Sie Infektionskrankheiten? Z.B. nach Auslandsaufenthalt**

---

---

**12. Welche Art von Füllungen befindet/ befand sich in Ihren Zähnen?**

- |                                  |                                     |                               |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gold |
| <input type="checkbox"/> Keramik |                                     |                               |

**13. Wie ist Ihre Verdauung? Bitte ein letztes Mal ankreuzen:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich      | <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | <input type="checkbox"/> Verstopfung         |
| <input type="checkbox"/> Durchfall              | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen      | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen  |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n.d. Essen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit        | <input type="checkbox"/> Sodbrennen          |
| <input type="checkbox"/> Gastritis              | <input type="checkbox"/> Magengeschwür           | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori |

Nahrungsmittel die Sie schlecht vertragen: \_\_\_\_\_

**14. Sind Ihnen veränderte Werte in Ihrem Blutbild bekannt? Ggf. mitbringen.**

---

---

**15. Welche vorsorglichen Maßnahmen ergreifen bzw. haben Sie schon ergriffen um Ihre Gesundheit zu erhalten?**

---

---

---

**Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_