**Ihr persönlicher Anamnesebogen:**

Name : Vorname:

Straße : PLZ, Ort:

Telefonnummer: Handy:

Geburtsdatum:

Hausarzt: Krankenkasse:

**Sehr geehrter Patient,**

bitte lesen Sie sich zunächst den Anamnesebogen in Ruhe durch, bevor Sie die einzelnen Fragen beantworten.

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Symptome:

* Müdigkeitsphasen seit wann?
* Kreislaufbeschwerden / Schwindel seit wann?
* Verminderte Leistungsfähigkeit seit wann?
* Schnelle Ermüdung seit wann?
* Kopfschmerzen seit wann?

(Migräne / Kopfdruck…..)

* Rückenschmerzen seit wann?
* Gelenkschmerzen seit wann?
* Muskelverspannungen seit wann?
* Nervenstörungen seit wann?

(Krämpfe / Taubheit / Lähmungsgefühl…)

* Organerkrankungen seit wann?

Welche?

* Schilddrüsenerkrankungen seit wann?
* Herzbeschwerden seit wann?

(Schmerzen / Rhytmusstörungen…..)

* Zittern / Tremor / Tias seit wann?
* Haarausfall seit wann?
* Nachtschweiß seit wann?
* Vermehrter Speichelfluss seit wann?
* Zungenbrennen seit wann?
* Schluckstörung seit wann?
* Ohrgeräusche / Hörminderung seit wann?
* Verdauungsstörungen seit wann?

(Verstopfung / Durchfälle / Blähungen) seit wann?

* Pilzinfektionen seit wann?

(Haut / Nägel / Darm / Genitalbereich…..)

* Gehäufte Infekte seit wann?

Welche?

* Allergien / Heuschnupfen seit wann?

Welche?

* Haustiere im Haushalt seit wann?

Welche?

* Wurden Sie gestillt wie lange?
* Unerfüllter Kinderwunsch seit wann?
* Periode regelmäßig seit wann?

(Beschwerden / Zyklustage….)

* Chronische Akne / Ekzem seit wann?
* Blutarmut / Blässe seit wann?
* Schlafstörungen seit wann?

(Einschlafprobleme / Durchschlafprobleme…)

* Mangel an Vitalität seit wann?
* Unlust / depressive Phasen seit wann?
* Konzentrationsschwäche seit wann?
* Stimmungsschwankungen seit wann?
* Aggressivität seit wann?

(Reizbarkeit………)

* Nervosität / innere Unruhe seit wann?
* Operationen weswegen wann?
* Unfälle wann?

Welche Verletzungen?

* Zählen Sie alle Narben auf!
* Hatten Sie Kinderkrankheiten?

Masern Windpocken Scharlach Mumps Röteln

Diphterie Keuchhusten Typhus Gelbsucht

* Welche Impfungen wurden durchgeführt?

Masern Röteln Mumps Zecken Diphtherie Tetanus

Hepatitis A Hepatitis B Polio Malaria Covid-19

* Häufige Mandelentzündungen wann?

Zähne:

* Metallgeschmack seit wann?
* Zahnausfall seit wann?
* Zähne gezogen welche?
* Chirurgische Zahnbehandlungen wann?

(Weißheitszahnentfernung / Wurzelbehandlungen / Brücken / Implantate…)

* Zahnfüllungen wann?

Welches Material?

* Schuhversorgung /-einlagen?

Medikamente:

* Regelmäßig, welche / wie oft?
* Unregelmäßig, welche / wie oft?

Essgewohnheiten:

* Abneigung gegen seit wann?
* Häufiges Verlangen nach z.B. seit wann?

(Süßem / salzigem / fettigem…)

* Unverträglichkeiten seit wann?
* Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag?
* Vermehrtes Durstgefühl? seit wann?
* Trinken Sie Alkohol? Selten / öfter / täglich

 Verträglichkeit? Gut / weniger gut

* Rauchen Sie? Selten / öfter / täglich

Wie viel?

* Konsumieren Sie Drogen? Selten / öfter / täglich

Welche?

Betreiben Sie Sport? welchen?

Körperliche / psychische Schocksituationen

* Unfälle?
* Todesfälle?
* Trennungen?
* andere?

Familienkrankheiten?

* Hochdruck (Hypertonie)
* Zuckerkrankheit (Diabetes)
* Gicht
* Fettstoffwechselkrankheiten
* Herzinfarkt
* Schlaganfall (Apoplex)
* Wirbelsäulenerkrankungen
* Rheuma
* Krebs (Carcinom)
* andere………..

Familie:

* Verheiratet / Verwitwet / Geschieden / getrennt lebend / in Partnerschaft / Single
* eigene Kinder

wie viele

Geburtsjahr

Schwangerschaftskomplikationen

Was machen Sie beruflich?

Sind Sie mit und in Ihrer jetzigen Lebenssituation zufrieden?

* Wenn nein, was sollte sich ändern?