

NATURHEILPRAXIS · FUNKTIONELLE MEDIZIN UND STRESSMEDIZIN

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und schicken ihn uns vorab per E-Mail oder bringen ihn ausgefüllt zum ersten Termin mit.

Lassen Sie bitte alle Fragen aus, die nicht zutreffen. Wo Beispiele stehen, genügt es anzukreuzen — gern können Sie auch mit eigenen Worten antworten.

Je besser der Bogen ausgefüllt ist, desto schneller finden wir die Ursachen für Ihre Beschwerden und können gezielter behandeln.

Vieles, was nebensächlich wirkt — eine Erkrankung vor Jahren, ein Umzug, eine Reise, eine Zahnbehandlung —, ergibt im Zusammenhang erst das entscheidende Bild. Antworten Sie deshalb so ausführlich wie möglich. Und wenn Sie unsicher sind, ob etwas dazugehört: Schreiben Sie es lieber auf.

Nehmen Sie sich bitte genug Zeit.

Wenn Sie den Bogen digital ausfüllen: Bitte speichern Sie die Datei, bevor Sie sie schließen — sonst gehen Ihre Eingaben verloren.

PERSÖNLICHE ANGABEN

VORNAME		NAME	
STRASSE		NR.	
PLZ	ORT		
TELEFON	MOBIL	E-MAIL	
GEBURTSTAG	GEBURTSORT	BERUF	
KÖRPERGRÖSSE	GEWICHT	GESCHLECHT	
		weiblich männlich divers	
FAMILIENSTAND		VERSICHERUNGSSTATUS	
ledig verheiratet geschieden		zusatzversichert Selbstzahler (gesetzlich)	
Kinder Anzahl:		voll privat versichert beihilfeberechtigt	
		Postbeamtenkrankenkasse	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		sonstiges:	
NAME DER KRANKENKASSE		ZUSATZVERSICHERUNG	

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass sowie alle Befunde und Laborwerte mit — auch ältere. Gern vorab per E-Mail. So vermeiden wir Doppeluntersuchungen; wir scannen alles ein und geben es Ihnen sofort zurück.

STAND SEPTEMBER 2026

BESCHWERDEN UND SYMPTOME

Unter welchen Beschwerden und Symptomen leiden Sie?

Bitte tragen Sie ein, seit wann die Beschwerden oder Symptome bestehen — unter SEIT in Jahren, Monaten oder Tagen — und wie stark sie sind, unter STÄRKE mit einer Zahl von 0 bis 10. Nennen Sie alle, die Sie haben, nicht nur die, wegen der Sie zu mir kommen, und ordnen Sie sie nach ihrer Wichtigkeit.

BESCHWERDE ODER SYMPTOM	SEIT	STÄRKE 0-10

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

- Medikamente
- Osteopathie
- Psychotherapie
- Physiotherapie
- Homöopathie
- Heilpraktiker
- Operation
- Akupunktur
- Kur oder Reha
- Spritzen

sonstiges:

Beim Heilpraktiker oder Arzt — welche Therapie?

Anzahl Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker bisher:

Wie war der Erfolg — insgesamt betrachtet?

- sehr gut
- gut
- mäßig
- schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Erkrankung
- Trauer
- Schreck
- Infektion
- Kummer
- Operationen
- Impfung

sonstiges:

Leiden Sie unter Allergien?

- Pollen, Heuschnupfen
- Schimmelpilze
- Hausstaub, Milben
- Nickel oder Metalle
- Tierhaare
- Latex
- Insektengift
- Duft- und Konservierungsstoffe

sonstiges:

Reagiert Ihre Haut auf Stoffe bei Berührung?

Kontaktallergien, zum Beispiel Nickel im Modeschmuck.

- Nickel oder Metalle
- Gummi, Latex
- Duftstoffe
- Haarfärbemittel
- Konservierungsstoffe
- Pflaster, Klebstoffe

sonstiges:

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

- Antibiotika
- Narkosemittel
- Schmerzmittel
- Kontrastmittel
- Kortison
- Betäubungsmittel beim Zahnarzt

sonstiges:

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

PRÄPARAT	DOSIERUNG PRO TAG	SEIT WANN

PRÄPARAT	DOSIERUNG PRO TAG	SEIT WANN

CHRONOLOGISCHE KRANKENGESCHICHTE

Welche Erkrankungen, Operationen und Unfälle hatten Sie?

Diese Übersicht ist besonders wichtig: Sie soll Ihr ganzes Leben abbilden, von Geburt an bis heute. Bitte nennen Sie auch chronische Erkrankungen, selbst wenn sie gut eingestellt oder längst abgeklungen sind, und unklare Beschwerden, für die es nie eine Diagnose gab. Unsichere Jahreszahlen bitte schätzen („ca. 2015“) oder Ihr damaliges Alter angeben.

[illegible]

Reicht der Platz nicht, nutzen Sie gern ein gesondertes Blatt und legen es bei.

INFEKTIONEN

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern	Herpes	Corona
Mumps	Tetanus	Gonorrhoe
Röteln	Malaria	Tuberkulose
Keuchhusten	Salmonellen	Borreliose
Windpocken	Ruhr	Tropenkrankheiten
Scharlach	Syphilis	Pfeiffersches
Gürtelrose		Drüsenfieber

sonstiges:

Wie oft haben Sie in Ihrem Leben Antibiotika bekommen?

Bitte schätzen.

nie	bis 5×	bis 10×	bis 15×
bis 20×	bis 30×	bis 40×	über 40×

Waren Fluorchinolone darunter?

ja nein

Zum Beispiel Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin oder Ofloxacin
— auch als Augen- oder Ohrentropfen.

wenn ja, wann:

Sind nach einer Infektion oder Impfung Beschwerden geblieben?

nach einer Infektion	nach einer Impfung
$\frac{1}{N} \left(\frac{1}{N} + \frac{1}{N-1} + \dots + \frac{1}{2} + \frac{1}{1} \right)$	$\frac{1}{N} \left(\frac{1}{N} + \frac{1}{N-1} + \dots + \frac{1}{2} + \frac{1}{1} \right)$

wonach und welche Beschwerden:

Haben Sie große Narben?

ja nein

wenn ja, wovon:

Wie oft sind Sie im Jahr erkältet oder infektanfällig?

nie 1-2x 3-4x 5-6x öfter

Wie verlaufen diese Infekte meist?

unterschwellig, ohne Fieber — nur leicht angeschlagen

richtig krank, mit Fieber

unterschiedlich

mit geschwollenen Lymphknoten

Wie lange dauert es, bis Sie wieder richtig fit sind?

ein paar Tage	1-2 Wochen
---------------	------------

mehrere Wochen

Monate

IMPFUNGEN

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Diese Angaben entfallen, wenn Sie Ihren Impfpass vorab mitsenden oder zum Termin mitbringen.

Masern	Hepatitis A	FSME
Mumps	Hepatitis B	Cholera
Röteln	HPV	Typhus
Windpocken	Grippe	Tollwut
Keuchhusten	Corona	Gelbfieber
Diphtherie	RSV	Tuberkulose
Tetanus	Rotaviren	Gürtelrose
Pocken	Meningokokken	Kinderlähmung
Hib	Pneumokokken	(Polio)
(Haemophilus)		

sonstiges:

IMPFREAKTIONEN

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Von besonderem Interesse sind schwere oder anhaltende Reaktionen sowie Beschwerden, die seit einer Impfung bestehen.

- Fieber

Krämpfe

Gliederschmerzen

Unruhe

Rötung, Schwellung am Arm
- Verhaltensänderungen

Schlaflosigkeit

anhaltende Erschöpfung

Hautausschlag

anhaltende Beschwerden

sonstiges:

nach welcher Impfung und wann:

IHRE EIGENE GEBURT

Kamen Sie natürlich zur Welt oder per Kaiserschnitt?

☐ natürlich ☐ Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein

Geburtsgewicht, wenn bekannt:

KRANKHEITEN IN DER FAMILIE

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Auch Unsicheres ist hilfreich — zum Beispiel Krebs, Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Schilddrüse, Herzerkrankungen oder psychische Erkrankungen. Bei Verstorbenen bitte auch die Todesursache.

WER · VERSTORBEN	ERKRANKUNGEN
Mutter	
Vater	
GROSSELTERN MÜTTERLICHERSEITS	
Oma	
Opa	
GROSSELTERN VÄTERLICHERSEITS	
Oma	
Opa	
EIGENE KINDER	
Kinder	

GESCHWISTER	bitte mit Jahrgang, zum Beispiel: Bruder 1979

RAUCHEN

Rauchen Sie?

☐ nie ☐ früher ☐ aktuell

ZIGARETTEN PRO TAG Ø	WIE VIELE JAHRE INSGESAMT

Rauchen Sie außerdem?

☐ E-Zigarette oder Vape ☐ Shisha ☐ Cannabis

wie oft:

PSYCHE

LEBENSITUATION

Haben Sie Existenzängste? ☐ ja ☐ nein

Liegen Beziehungskonflikte vor? ☐ ja ☐ nein

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ☐ ja ☐ nein

Können Sie NEIN sagen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie oft Schuldgefühle? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung?

☐ nie ☐ früher ☐ aktuell

Gab es dabei eine Diagnose? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche:

Anlass:

DENKEN UND STIMMUNG

Bitte nur ankreuzen, wenn es zutrifft.

- Verwirrtheit, Denken fällt schwer

Konzentration und Lesen fallen schwer

verminderte Aufmerksamkeit

schlechtes Namensgedächtnis

Vergesslichkeit

schlechtes Kurzzeitgedächtnis

schlechtes Langzeitgedächtnis

Orientierungslosigkeit, Verirren

falsche Wörter beim Sprechen

Stimmungsschwankungen

Gereiztheit

innere Unruhe

Antriebslosigkeit

Depression

Ängste, Panikattacken

Halluzinationen, Wahnvorstellungen

sonstiges:

ALLGEMEINBEFINDEN

Trifft davon etwas zu?

☐ nichts davon ☐ Alltag fällt schwer
☐ Wassereinlagerungen

Schwitzen Sie leicht? ☐ ja ☐ nein

an welchem Körperteil:

☐ kalter Schweiß ☐ warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ☐ ja ☐ nein

☐ kalte Hände ☐ kalte Füße

Sind Sie müde oder erschöpft? Wann besonders?

- morgens

vormittags

mittags

nachmittags

abends

nachts

nach dem Essen

nach Belastung

durchgehend, den ganzen Tag

BELASTBARKEIT UND SPORT

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr mäßig gar nicht

Welche Hobbys haben Sie?**Welchen Sport treiben Sie?****Geht es Ihnen nach dem Sport schlechter?**

ja nein

sofort hält mehrere Tage an
erst am nächsten Tag mit Grippegefühl

sonstiges:

SCHLAF

Stunden Schlaf pro Nacht:

Wachen Sie morgens erholt auf?

ja nein

Wie ist Ihr Schlaf?Einschlafprobleme unregelmäßiger
Durchschlafen gestört Rhythmus
frühes Erwachen Mittagsschlaf

sonstiges:

häufiges Erwachen, um wie viel Uhr:

Wie lange dauert das Einschlafen?

Abends und nach nächtlichem Erwachen — im schlimmsten Fall.

bis 15 Min bis 30 Min bis 1 Std länger

abends

nachts

nächtliches Wasserlassen, wie oft:

Was passiert nachts?Schnarchen Unruhe in den Beinen
Zähneknirschen heiße Füße
Sprechen im Schlaf Atemaussetzer, von
anderen bemerkt

sonstiges:

Nachtschweiß, wie oft:

Wie oft träumen Sie im Durchschnitt?fast jede Nacht selten
mehrmals pro Woche gar nicht oder keine
gelegentlich Erinnerung
lebhaft Träume

ERNÄHRUNG

Was trinken Sie?Wasser Kaffee Kräutertee Limonade,
Sprudel schwarzer Saft oder Cola
Tee Tee Schorle Milch

sonstiges:

LITER FLÜSSIGKEIT AM TAG

KAFFEE, TEE AM TAG

Wie oft essen Sie diese Lebensmittel?

täglich oft selten nie

Gemüse
Obst
Salat
Vollkorn
Hülsenfrüchte
Kartoffeln
Fleisch
Wurst
Fisch
Milchprodukte
Eier
Nüsse
Biokost
Süßigkeiten
Weißmehl
Gluten**Wie oft essen Sie?**

MAHLZEITEN PRO TAG

STUNDEN ZWISCHEN DEN MAHLZEITEN

Frühstück Intervallfasten
Snacks zwischendurch nachts essen

wenn Intervallfasten, welches Zeitfenster:

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?Süßes, Schokolade Kaffee
Brot, Backwaren Alkohol
Käse Salziges, Chips
Milchprodukte Softdrinks
Fleisch, Wurst

sonstiges:

Haben Sie Nahrungsmittel-Allergien?

Bitte alle aufzählen.

Wurden bei Ihnen Unverträglichkeiten festgestellt?Laktoseintoleranz Fruktoseintoleranz
Gluten Histaminintoleranz

sonstiges:

ERNÄHRUNGSFORM, GEWICHT UND ALKOHOL

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

vegetarisch vegan andere

wenn andere, welche:

Möchten Sie Ihre Ernährung mit unserer

Hilfe verbessern?

ja nein

Hat sich Ihr Gewicht ohne erkennbaren Grund verändert?

Gewichtszunahme

Gewichtsverlust

seit wann:

wie viele Kilo:

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

nie

sehr selten

1–3× im Monat

1–2× pro Woche

3–4× pro Woche

täglich

Vertragen Sie Alkohol gut?

ja nein

wenn nein, was passiert:

UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bitte in jeder Gruppe ankreuzen, was Sie schlecht vertragen.

HISTAMINREICHES

Rotwein

Salami

Nüsse

Sauerkraut

Rohwurst

Erdbeeren

Essig

Schokolade

Zitrusfrüchte

gereifter Käse

Tomaten

Ananas

Thunfisch

Aufgewärmtes

Hefe

sonstiges:

Welche Beschwerden bekommen Sie danach?

Hitzewallungen

Herzklopfen

Atemnot

roter Kopf

Kopfschmerzen

Müdigkeit

Haut, Juckreiz

Blutdruckabfall

innere Unruhe

Blähbauch

Nase läuft

Schlafstörung

Durchfall

verstopfte

Nase

sonstiges:

Vertragen Sie frisch Gekochtes besser als Aufgewärmtes?

ja nein

Bessern sich Ihre Beschwerden unter einem Antihistaminikum?

ja nein

KOHLENHYDRATE UND BALLASTSTOFFE

Weizen, Brot

Apfel, Birne

Zwiebeln, Knoblauch

Steinobst

Hülsenfrüchte

Honig

Milch, Laktose

Süßstoff, Kaugummi

Kohl

Vollkorn, Rohkost

sonstiges:

BESCHWERDEN NACH KOHLENHYDRATEN

Welche Beschwerden bekommen Sie danach?

Blähbauch

Durchfall

Aufstoßen

Blähungen

Verstopfung

Übelkeit

Bauchschmerzen

Völlegefühl

sonstiges:

Was vertragen Sie nicht?

Antibiotika

Präbiotika

Probiotika

Flohsamen

SCHWEFEL UND SULFITE

Schwefelreiche Lebensmittel und Sulfite als Zusatzstoff.

Knoblauch

Trockenobst

Fleisch

Molkeneiweiß

Blumenkohl

Hähnchen

Zwiebeln

Garnelen

Fertigkartoffeln

Weißwein, Sekt

Eier

Lauch, Spargel

Kohl, Brokkoli

eingelegtes

Fruchtsaft

Gemüse

sonstiges:

Welche Beschwerden bekommen Sie danach?

Kopfschmerzen

verstopfte Nase

Bauchschmerzen

Flush, roter Kopf

Atemnot,

Durchfall

Haut, Juckreiz

Asthma

Übelkeit

sonstiges:

Was vertragen Sie nicht?

Schwefelhaltige Nahrungsergänzungsmittel.

MSM

Glutathion

Liponsäure

Bittersalz

NAC

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

ja nein

Druckgefühl

Migräne ohne Aura

pochend, pulsierend

Übelkeit, Erbrechen

Migräne mit Aura

wie oft pro Monat:

wie lange:

Schmerzmittel deswegen, wie oft:

Wo sitzen die Kopfschmerzen, und wann kommen sie?

Stirn, Schläfe

links

wandernd

Hinterkopf

rechts

morgens

halbseitig

beidseitig

abends

Auslöser der Kopfschmerzen:

Stress

Alkohol, Rotwein

Wetterwechsel

Bildschirmarbeit

Schlafmangel

Nacken, Haltung

Hunger

Zyklus, Hormone

KOPFSCHMERZEN

Was verbessert:

Ruhe, Dunkelheit

Was verschlechtert:

Bewegung

Schlaf

Licht

frische Luft

Lärm

Wärme

Gerüche, Parfüm

Kälte

Wärme

Bewegung

Kälte

Kaffee

Anstrengung

Essen

sonstiges:

AUGEN

Bindehaut entzündet	Kontaktlinsen
weitsichtig	Scharfstellen gestört
kurzsichtig	Grauer Star
trockene Augen	Grüner Star
lichtempfindlich	Augen-OP, auch Lasik

Brille seit:

OHREN

Schmerzen links	Ohrgeräusche
Schmerzen rechts	Pfeifen Brummen
schwerhörig	Mittelohrentzündungen
Hörsturz	als Kind
Ohrendruck	

sonstiges Augen oder Ohren:

HAUT UND NÄGEL

Neurodermitis	überempfindliche Haut
Schuppenflechte	Blässe
Akne	Warzen
Rosazea	Fuß- oder Nagelpilz
Nesselsucht	eingewachsene Nägel
Hautjucken	Nagelbett entzündet

sonstiges:

Welche Kosmetik verwenden Sie?

konventionell Naturkosmetik gemischt

ZÄHNE UND KIEFER

Beschwerden an Zähnen, Kiefer und Mund

Zahnschmerzen	Zahnfleischbluten
empfindlich auf heiß	Parodontitis
empfindlich auf kalt	Aphthen
Zähneknirschen	Zungenbrennen
Kiefergelenk, CMD	Mundgeruch
Zahnfleisch entzündet	
Kieferentzündung (NICO/FDOK)	
diagnostiziert	behandelt

Zahnbefund und Materialien

Bitte die Anzahl eintragen, soweit Sie sie wissen.

tote Zähne		Amalgam	
Wurzelfüllungen		Gold	
Kronen		Palladium	
Brücken		Titan	
Implantate		Keramik	
Weisheitszähne gezogen			
Zahnprothese		Retainer	
Kunststofffüllungen		Zahnspange	
Zahn-Operationen		früher	aktuell

sonstiges:

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

ja nein

wie viele: wann:

Mit oder ohne Schwermetallausleitung?

mit ohne

Wenn mit — womit?

Chlorella	DMPS	EDTA
Bärlauch	DMSA	DTPA

andere Mittel: wie oft:

Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingesetzt, zum Beispiel Schraube, Schiene oder Klammer?

ja nein

wenn ja, was und wann:

NASE

behinderte Nasenatmung	Riechstörung
Heuschnupfen	Nasenbluten
Polypen	Nebenhöhlen entzündet
Dauerschnupfen	Operationen

Absonderungen

wässrig	eitrig
schleimig	grünlich

sonstiges:

MANDELN UND HALS

Halsschmerzen	Mandelsteine
Heiserkeit	Mandeln entfernt
Rachenentzündungen	Mandelentzündungen
Kloßgefühl im Hals	als Kind

sonstiges:

SCHILDDRÜSE

Überfunktion	Hashimoto
Unterfunktion	Morbus Basedow
Vergrößerung	Operation
Knoten	

sonstiges:

HAARE

Haarausfall	vereinzelt	kreisrund
brüchige, trockene Haare	brüchige Nägel	

seit wann:

ORGANE

BRUSTDRÜSE

Knoten	Fibrom
Zysten	Operationen

sonstiges:

HERZ UND KREISLAUF

Stechen	Herzklappenfehler
Druckgefühl	Stent oder Bypass
Engegefühl in der Brust	Herzschrittmacher
Rhythmusstörungen	Arteriosklerose
Herzstolpern	Schlaganfall oder TIA
häufiges Herzklopfen	Schaufensterkrankheit
Bluthochdruck	erhöhte Blutfette, Cholesterin
niedriger Blutdruck	Thrombose
Infarkt	Krampfadern
Herzschwäche	

sonstiges:

STOFFWECHSEL

Diabetes Typ 1	Gicht, erhöhte Harnsäure
Diabetes Typ 2	Übergewicht
Insulinresistenz, Prädiabetes	Untergewicht
Unterzuckerungen	Krebserkrankung

welche und wann:

sonstiges:

LUNGE

Asthma	Schmerzen im Brustkorb
Bronchitis	stechend
COPD	beim Einatmen
Lungenentzündungen	Atemnot
Lungenembolie	bei Belastung
chronischer Husten	in Ruhe
Schleimbildung	

sonstiges:

LEBER

Entzündungen	Hepatitis C	Leberzirrhose
Hepatitis A	Fettleber	Gelbsucht
Hepatitis B	diagnostiziert	erhöhte Leberwerte

sonstiges:

GALLE

Steine	Druck im Oberbauch
Koliken, krampfartig	Fettunverträglichkeit
Gallenblase entfernt	Übelkeit nach fettem Essen

sonstiges:

MAGEN

Völlegefühl	Schmerzen nach Essen
Sodbrennen	empfindlicher Magen
Reflux diagnostiziert	Gastritis
Aufstoßen	Magengeschwür
Luft Säure	Zwölffingerdarm
Übelkeit nüchtern	Helicobacter bekannt
Erbrechen	früher aktuell
Schluckbeschwerden	Magenspiegelung
Appetitlosigkeit	Säureblocker (PPI)
Schmerzen nüchtern	früher aktuell

sonstiges:

NIERE UND BLASE

Nierensteine	nur eine Niere
Nierenzysten	Blasenentzündungen
Entzündungen	häufig wiederkehrend
Nierenbeckenentzündung	Reizblase
schlechte Nierenwerte	Inkontinenz

sonstiges:

HARN

viel	nachts	schäumt
wenig	Brennen	dunkel
häufig	Blut im Urin	

Geruch:

DARM

Infektionen	Bauch wird abends dicker
Hämorrhoiden	Krämpfe im Unterbauch
Blinddarmoperation	Reizdarm
Blähbauch	Divertikel
mit Abgang	Zöliakie
ohne Abgang	Morbus Crohn
riecht faulig, nach Ei	Colitis ulcerosa

sonstiges:

STUHLGANG

täglich	Neigung zum Durchfall
jeden 2. Tag	nach dem Essen
unregelmäßig	unabhängig vom Essen
Neigung zur Verstopfung	

riecht nach:

Konsistenz des Stuhls

hell	knollig	schwimmt oben auf
mittelbraun (normal)	weich	unverdaute Reste sichtbar
dunkel	schmierig	Blut oder Schleim
schwarzer Stuhl	pastenartig	kann Stuhl nicht halten
übelriechend	wässrig	Gefühl, nicht fertig zu werden
hart		

sonstiges:

FRAUEN

Sind Sie derzeit schwanger?

ja nein

Stillen Sie derzeit?

ja nein

Verhüten Sie? Womit?

keine Verhütung	Hormonspirale
Pille	Kondom
Hormonpflaster	Kupferspirale
Hormonstäbchen	Sterilisation

PILLE, JAHRE INSGESAMT

WANN ABGESETZT

sonstiges:

NAME

08 / 14

Sind Sie in den Wechseljahren? ja nein

Hitzewallungen
Schweißausbrüche
Schlafstörungen
Stimmungsschwankungen

trockene Schleimhäute
Gewichtszunahme
bereits abgeschlossen

seit wann:

Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

welche: seit wann:

SCHWANGERSCHAFTEN	GEBURTEN	FEHLGEBURTEN
Kaiserschnitt		Komplikationen dabei

GYNÄKOLOGISCH

Ausfluss

keinen	weiß	wundmachend
gelb	stark	färbt die Wäsche

Periodenschmerzen	Tumore
Brustspannen vor der Periode	Ausschabung
Schmerzen beim Verkehr	Abbrüche
Myome	unerfüllter Kinderwunsch
Zysten	Kinderwunschbehandlung
Endometriose	Hormone
PCOS	IVF oder ICSI

sonstiges:

PERIODE

erste Periode: letzte Periode:

Blutungen sind

hell	sehr stark	unregelmäßig
braun	stark	Zwischenblutung
dunkel	schwach	Schmierblutung
klumpig	regelmäßig	ausgeblieben

Länge Ihrer letzten vier Zyklen in Tagen

Erster Blutungstag bis Tag vor der nächsten.

1.	2.	3.	4.	DAUER IN TAGEN

SEXUALITÄT

Libido — bitte von allen ausfüllen

vermindert verstärkt unbefriedigend

Beschwerden beim Verkehr, welche:

Geschlechtskrankheiten

z. B. Chlamydien, HPV, Herpes

sonstiges:

MÄNNER

Prostata vergrößert	Hodenbeschwerden
Prostata entzündet	Erektionsstörungen
Wasserlassen erschwert	Kinderwunsch offen
PSA-Wert erhöht	Testosteron genommen
Prostata-Operation	

sonstiges:

MUSKELN UND GELENKE

Bitte nur ankreuzen, wenn es zutrifft.

Muskelschmerzen, Krämpfe	deutliche Muskelschwäche
Nackenschmerzen	Rheuma
schmerzende Fußsohlen	Arthrose
Verspannungen	Fibromyalgie
steife Gelenke	Osteoporose
Nackensteifigkeit	Sehnenbeschwerden
Morgensteifigkeit	

Gelenkschmerzen an:

Finger, Zehen	Handgelenke, Knöchel
Ellenbogen, Knie	Schultern, Hüfte

Gelenkschwellung an:

Finger, Zehen	Handgelenke, Knöchel
Ellenbogen, Knie	Schultern, Hüfte

sonstiges:

ARME

Schmerzen	Sehnenscheidenentzündung
Verletzungen	Kribbeln
Tennisellenbogen	Karpaltunnelsyndrom

BEINE

Schmerzen	Operationen	Taubheitsgefühl
Verletzungen	Kribbeln	

RÜCKEN

Schmerzen	Skoliose, Verkrümmung
Hexenschuss	eingeschränkte Beweglichkeit
Ischias	künstliches Gelenk
Bandscheibenvorfall	

sonstiges:

NERVEN UND SINNE

Schwindel kann vom Ohr kommen, vom Kreislauf oder von einer Unverträglichkeit. Deshalb steht er hier und nicht bei den Ohren.

Schwindel	Gangunsicherheit
Reisekrankheit	Lichtempfindlichkeit
Gleichgewichtsstörungen	geräuschempfindlich
Kribbeln an anderen Körperstellen	Zittern, Tremor
Taubheitsgefühl	Gesichtslähmung
brennende Gefühlsstörung	Krampfanfälle, Epilepsie
einschießende Schmerzen	Doppel- oder Schleiersehen
Muskelzuckungen	

sonstiges:

NAME

Naturheilpraxis Korinna Kissel · Haifa-Allee 18 · 55128 Mainz

Kommen und gehen Ihre Beschwerden in Schüben?

ja nein

täglich wechselnd
alle paar Tage
etwa alle 2 Wochen
etwa alle 4 Wochen

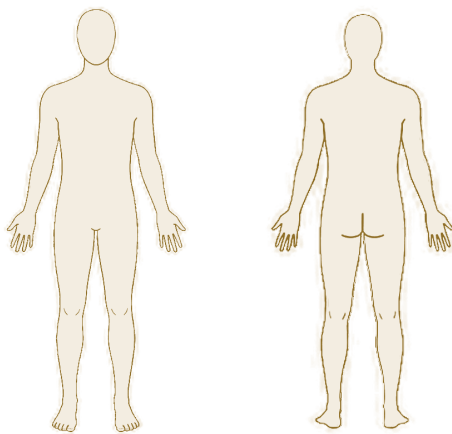
- abhängig von der Periode um den Vollmond herum
- jahreszeitlich

was fällt Ihnen dabei auf:

AKUTE BESCHWERDEN

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?

Malen Sie die Stellen einfach in die Zeichnung — am Bildschirm mit dem Zeichenwerkzeug Ihres PDF-Programms, im Ausdruck mit dem Stift. Zusätzlich können Sie sie unten benennen.



VORN

HINTEN

Betroffene Körperstellen

TIERE UND INSEKTEN

Zu welchen Tieren hatten Sie in Ihrem Leben Kontakt,
und in welchem Alter?

Die Spalten sind Ihr damaliges Lebensalter in Jahren. Bitte in jeder Zeile ankreuzen, wann Sie Kontakt hatten — auch mehrere Spalten. Streicheln zählt schon als Kontakt.

TIER	0-10	11-20	21-40	ÜBER 40
Katze				
Hund				
Pferd				
Kuh				
Schaf oder Ziege				
Kaninchen				
Meerschweinchen				
Hamster				
Maus				
Vogel				
Reptilien				
Fische				

INSEKTEN	0-10	11-20	21-40	ÜBER 40
Flöhe				
Läuse				
Spinne				
Mücken				
Biene				
Wanzen				
Wespe				
Zecken				
Bremsen				
Tropeninsekten				

welche Tiere oder Insekten noch:

Haben Sie aktuell regelmäßig Kontakt zu Tieren?

ja nein

Im Haushalt, im Stall, im Beruf oder in der Nachbarschaft.

welche Tiere und seit wann:

Gab es Vorfälle mit einem Tier?

Zum Beispiel Biss, Stich oder Kratzer – bitte notieren, mit welchem Tier und wann. Auch andere Anmerkungen gehören hierher.

REISEN UND AUFENTHALTE

In welchen Ländern waren Sie wann und wie lange?

Bitte alle Reisen Ihres Lebens eintragen, Europa nur, wenn Sie dort krank waren. Unter Auffälligkeiten notieren Sie, was während oder nach dem Aufenthalt auftrat: Insektenstiche oder Bisse, Durchfall, Übelkeit, Schmerzen, Fieber oder Beschwerden, die danach begannen.

[illegible]

CHEMIKALIENEMPFINDLICHKEIT

Besteht eine Überempfindlichkeit für Düfte oder Parfum? ☐ ja ☒ nein

auch auf Putzmittel oder Rauch	auch auf Stress
auch auf Hitze oder Kälte	es werden immer mehr Auslöser

Stört es Sie, wenn in Ihrer näheren Umgebung geraucht wird?

sonstiges:

UMGEBUNG VON WOHNUNG ODER HAUS

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische Belastungen (Störzonen im Untergrund, zum Beispiel Wasseradern) und Elektrosmog untersucht worden?

Was gibt es in Ihrer Nachbarschaft, und wie weit ist es entfernt? Die linken drei Spalten gelten für Ihre Wohnung, die rechten drei für Ihren Arbeitsplatz. „direkt“ heißt direkte Nachbarschaft.

NACHBARSCHAFT	WOHNUNG		ARBEIT	
	direkt	500 m 1 km	direkt	500 m 1 km
Grünanlagen				
ländliche Umgebung				
Naherholungsgebiet				
Gewässer, Bäche, Flüsse				
Weinberge				
Landwirtschaft				
Handwerksbetriebe				
Mülldeponie				
Müllverbrennung				
Chemische Reinigung				
Heizkraftwerk				
stark befahrene Straße oder Autobahn				
Eisenbahn				
Flugplatz oder Fluglärm				
Lärmbelästigung				
Funkmasten				
Sender, Radar				
Überlandleitung, Bahnstrom				
Starkstromkabel, Transformator				
Atomkraftwerk				

Traf davon in früheren Wohnungen oder an früheren Arbeitsplätzen etwas zu? ja nein

wenn ja, was und wo:

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

konventionell biologisch gemischt

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone	Geräte im Standby
WLAN-Router im Raum	Wasserbett
Smartphone am Bett	elektrischer Motor

Wie ist das Raumklima?

Hitze, überheizt	Klimaanlage
Kälte, keine Heizung	Dauerbeleuchtung
Feuchtigkeit über 60 %	Zimmerbrunnen
Feuchtigkeit unter 40 %	Raumbeduftung,
Schimmelpilze	Duftstecker
	Luftreiniger

sonstiges:

GEBÄUDE

Woraus besteht das Gebäude?

Gasbeton	Fachwerkhaus
Holz	Ziegel (Backstein)
Beton	unbekannt

BAUJAHR	LETZTE RENOVIERUNG (JAHR)
---------	---------------------------

WOHNUNGSGRÖSSE (QM)	ANZAHL DER MITBEWOHNER
1-2	1
3-4	2
5-6	3
7-8	4
9-10	5
11-12	6
13-14	7
15-16	8
17-18	9
19-20	10
21-22	11
23-24	12
25-26	13
27-28	14
29-30	15
31-32	16
33-34	17
35-36	18
37-38	19
39-40	20
41-42	21
43-44	22
45-46	23
47-48	24
49-50	25
51-52	26
53-54	27
55-56	28
57-58	29
59-60	30
61-62	31
63-64	32
65-66	33
67-68	34
69-70	35
71-72	36
73-74	37
75-76	38
77-78	39
79-80	40
81-82	41
83-84	42
85-86	43
87-88	44
89-90	45
91-92	46
93-94	47
95-96	48
97-98	49
99-100	50

Einfamilienhaus nur Erdgeschoss	Mehrfamilienhaus Flachdach
------------------------------------	-------------------------------

Welche Etage bewohnen Sie?

Souterrain Dachgeschoss Erdgeschoss

Hatte Ihr Haus oder Ihre Wohnung einen

Wasserschaden	Sturmschaden	Brandschaden
Hochwasser		

Gab es im Laufe Ihres Lebens in einer Wohnung oder einem Haus, in dem Sie gelebt haben, einen Wasserschaden oder sichtbaren Schimmel?

wenn ja, wann und wo:

Wo haben Sie gewohnt?

Jetzige Wohnung zuerst, dann frühere und eine Zweitwohnung.

[illegible]

HEIZUNG UND WASSER

Womit wird geheizt?

Zentralheizung	sonstige Etagenheizung
Kachelofen	Fußboden-, Wand-,
Wärmepumpe	Deckenheizung
Pelletheizung	Elektrospeicherofen
Gas-Etagenheizung	offener Kamin
Solarthermie	Einzelofen

sonstiges:

Brennstoff

Öl Holz Kohle Fernwärme
Erdgas Pellets

Ist eine Wasseraufbereitung vorhanden? ja nein

Wie wird das Warmwasser erzeugt?

Zentral über die Heizung Boiler
Durchlauferhitzer Solar

Woraus bestehen die Trinkwasserrohre?

Blei verzinkte Rohre Kupfer

sonstiges:

Alter der Rohre in Jahren:

Womit wird gekocht?

Gas Kohle, Brikett oder Koks
Elektroherd, Ceranfeld Mikrowelle
Induktionsherd

INNENRÄUME

Die Fragen beziehen sich auf Ihre jetzige Wohnung oder Ihr jetziges Haus. Wenn ein Raum abweicht, notieren Sie es bitte bei sonstiges.

Sind freie Balken oder Holzflächen mit Holzschutzmittel behandelt?

nichts wenig viel oder alles unbekannt
Lack Lasur
Bienenwachs unbekannt

wann: womit:

Wand- oder Deckenverkleidung aus Kunststoff?

wenig heißt einzelne Balken, mittel Decke oder Wände, viel Decken und Wände.

keine wenig mittel viel

Schlafzimmer in qm:

Stunden pro Tag im Schlafzimmer:

Was liegt unter dem Bodenbelag?

Estrich Dielen Spanplatten

Sichtbarer Bodenbelag

Laminat Kork
Linoleum Stein oder Fliesen
Dielen Parkett
Vinyl, PVC Teppichböden

sonstiges:

Teppich oder Wandteppich, welches Material?

Wolle Sisal, Kokos unbekannt
Synthetik Baumwolle

Womit ist der Boden unter den Dielen gefüllt? In Altbauten oft Sand, Schlacke oder Lehm.

Sand Lehm Mineralwolle
Schlacke Styropor unbekannt

MÖBEL

Kunststoff- oder Spanplattenmöbel

keine wenig viel

Ledermöbel

keine wenig viele

Antike Möbel — womit behandelt?

keine antiken Möbel Lasur Lack
Bienenwachs Holzwurmmittel Heißluft gegen Holzwurm

Alter der Holzmöbel

neu (bis 6 Monate) mittel (bis 5 Jahre)
alt (älter als 5 Jahre)

sonstiges:

SCHÄDLINGSBEKÄMPFUNG

Wurden Kammerjäger

(Schädlingsbekämpfer) eingesetzt? ja nein
zu Hause am Arbeitsplatz

wann zuletzt:

Setzen Sie selbst Pestizide ein —

Insektensprays, -pulver oder Ähnliches? ja nein
zu Hause am Arbeitsplatz

wann zuletzt:

welche:

Gehen in Ihrer jetzigen Wohnung oder

Ihrem jetzigen Haus Zimmerpflanzen häufig ein? ja nein

SCHUTZ UND TECHNIK AM ARBEITSPLATZ

Welche Schutzmittel verwenden Sie?

Maske, Schutzbrille Schuhwerk
Gehörschutz Absauganlage
Handschuhe Kopfschutz
Schutzbekleidung Lüftungsanlage

sonstiges:

Computer, Drucker und Funk am Arbeitsplatz

Anzahl: Std. pro Tag:

Was steht im Arbeitsraum?

Kopiergerät DECT-Telefon
Laserdrucker WLAN am Arbeitsplatz
Tintenstrahldrucker

Unterliegt Ihr Arbeitsplatz der Schadstoffverordnung oder anderen Sicherheitsvorschriften?

ja nein
wenn ja, welchen:

BERUF UND ARBEITSPLATZ

Welchen Beruf haben Sie erlernt? Wie lange haben Sie ihn ausgeübt?

BERUF	JAHRE

Welchen Beruf haben Sie am längsten ausgeübt? Wie lange insgesamt?

BERUF	JAHRE

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? Seit wann?

BERUF	SEIT

WAS WIRD HERGESTELLT?	WOCHENSTUNDEN

Beruf der Partnerin oder des Partners:

Nachtschicht oder Wechseldienst? ☐ ja ☐ nein

Art der Tätigkeit

☐ körperlich ☐ geistig ☐ sowohl als auch

Arbeitsort

☐ im Freien ☐ Innenraum ☐ sowohl als auch

Wie arbeiten Sie?

☐ selbstbestimmt ☐ Fließband oder Akkord
☐ Hilfskraft ☐ Gruppen- oder Mehrplatzarbeit

NEBENTÄTIGKEIT, WELCHE	STUNDEN PRO WOCHE

Lage des Arbeitsplatzes

☐ Großstadt, Innenstadt ☐ Mischgebiet
☐ Industrie- oder ☐ Wohngebiet
☐ Gewerbegebiet ☐ Kleinstadt
☐ Außenbezirk Stadt

Woraus besteht das Gebäude am Arbeitsplatz?

☐ Gasbeton ☐ Fachwerkhaut
☐ Holz ☐ Ziegel (Backstein)
☐ Beton ☐ unbekannt

Baujahr:

Beschreiben Sie Ihre Tätigkeit kurz in eigenen Worten

Hobbys mit Schadstoffkontakt?

Zum Beispiel Löten, Lackieren, Modellbau, Töpfern, Restaurieren, Schießsport oder Gartenarbeit mit Pflanzenschutz.

welche:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

UMWELTBELASTUNGEN

Waren oder sind Sie besonderen chemischen, physikalischen oder anderen Reizen ausgesetzt? Bitte nur ankreuzen, wenn es zutrifft.

REIZ ODER STOFF	PRIVAT	BERUFLICH
Hitze	☐	☐
Kälte oder Klimaanlage	☐	☐
Feuchtigkeit, Schimmel	☐	☐
Bildschirmgeräte	☐	☐
Lärm, zum Beispiel PC oder Drucker	☐	☐
nervliche Belastung	☐	☐
Kunstlicht	☐	☐
Dauerbeleuchtung	☐	☐
Kopierer, Laser- oder Tintendrucker	☐	☐
Lösungs- und Reinigungsmittel, Klebstoffe	☐	☐
Geruchsbelästigung	☐	☐
Haarbehandlungsmittel	☐	☐
Kosmetika	☐	☐
chemische Kleiderreinigung	☐	☐
Leder (Möbel, Kleidung)	☐	☐
Metalle (Nickel und andere)	☐	☐
Insektizide, Pestizide, Herbizide	☐	☐
Radioaktivität, Strahlen	☐	☐

UMWELTBEZUG

Verändern sich Ihre Beschwerden in einer bestimmten Umgebung oder in besonderen Räumen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja — regelmäßig?

☐ ja ☐ nein

Bestand früher eine Abhängigkeit Ihrer Beschwerden

☐ bei Schadstoffkontakt
☐ bei anderen Umwelteinflüssen
☐ in einer bestimmten Umgebung
☐ auf Reisen oder im Urlaub außer Haus

Verändern sich die Beschwerden nach der Rückkehr aus Abwesenheit, zum Beispiel Urlaub oder Wochenende?

☐ ja ☐ nein

Vermuten Sie, dass Schadstoffe oder Umwelteinflüsse Ihre Beschwerden verursachen?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche:

DATUM

UNTERSCHRIFT

NAME

Naturheilpraxis Korinna Kissel · Haifa-Allee 18 · 55128 Mainz

Ergänzung für Minderjährige

Diese Seite gehört zum Anamnesebogen und wird nur ausgefüllt, wenn die Patientin oder der Patient noch nicht 18 Jahre alt ist. Sonst bitte leer lassen.

NUR FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN UNTER 18 JAHREN

Bis zum 18. Geburtstag entscheiden die Sorgeberechtigten über Untersuchung und Behandlung. Die Patientin oder der Patient unterschreibt den Anamnesebogen selbst — hier unterschreiben die Sorgeberechtigten.

ELTERN UND SORGEBERECHTIGTE

NAME MUTTER	GEBURTSDATUM	BERUF	TELEFON	E-MAIL MUTTER
NAME VATER	GEBURTSDATUM	BERUF	TELEFON	E-MAIL VATER
STRASSE, NR.	PLZ	ORT	BEI WEM LEBT DIE/DER MINDERJÄHRIGE	
ZWEITE ANSCHRIFT FALLS GETRENNT: STRASSE, NR.	PLZ	ORT	BOGEN AUSGEFÜLLT VON	
FAMILIENSITUATION		VERSICHERT ÜBER		ERREICHBARKEIT IM NOTFALL
Eltern leben zusammen	Patchworkfamilie	die Mutter	eigenständig	NAME
getrennt	Pflege- oder Adoptivkind	den Vater	versichert	
alleinerziehend		FALLS ANDERE PERSON: NAME		TELEFON

EINWILLIGUNG UND BEHANDLUNGSVOLLMACHT

Wir erteilen der Naturheilpraxis Korinna Kissel die Vollmacht und die ausdrückliche Zustimmung, unsere Tochter oder unseren Sohn zu untersuchen und zu behandeln. Die Angaben im Anamnesebogen haben wir nach bestem Wissen gemacht.

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf und endet spätestens mit dem 18. Geburtstag; ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich nach der DSGVO.

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTE PERSON 1	UNTERSCHRIFT SORGEBERECHTIGTE PERSON 2

Bei gemeinsamem Sorgerecht müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben.

Unterschreibt nur eine Person, bitte unten „Alleiniges Sorgerecht“ ausfüllen und den Nachweis mitbringen.

ALLEINIGES SORGERECHT

Ich bin allein sorgeberechtigt.

Bitte einen Nachweis mitbringen — Sorgerechtsbeschluss oder Negativbescheinigung des Jugendamtes.

NAME DER ALLEIN SORGEBERECHTIGTEN PERSON

VOLLMACHT FÜR BEGLEITPERSONEN

Diese Person darf die Patientin oder den Patienten zu Terminen begleiten und in dringenden Fällen in unserem Sinne entscheiden.

NAME DER BEGLEITPERSON

BEZIEHUNG