



Anamnese-Fragebogen für Erwachsene

Senden Sie bitte diesen Bogen und Ihre Befunde via Mail, an: info@praxis-naturheilkunde-chemnitz.de. Unterschreiben Sie bitte hierfür den Punkt „Datenschutz“ am Ende des Bogens (digitale Signatur möglich). Alle gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Bitte beachten Sie das Zeilenende.

Senden Sie mir bitte bisherige relevante/ auffällige Befunde (nicht mehr als 12 Befunde) digital oder per Post bis spätestens 3 Tage vor Ihrem Erstbesuch/Onlinetermin an die info@praxis-naturheilkunde-chemnitz.de oder per Post an die Praxisadresse. Bitte füllen Sie den Bogen in Ruhe und sorgfältig aus. Vielen Dank. Ich freu mich auf Ihren Besuch!

1. Persönliche Daten

Name	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Hausnr.	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	Versicherung	<input type="text"/>
Körpergröße	<input type="text"/>	Tarif	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>

2. Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

3. Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

Beschwerde	Seit	Beschwerde	Seit
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	5. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	6. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	7. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	8. <input type="text"/>	<input type="text"/>



4. Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

4.1. Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

4.2. Wie war der Erfolg?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

sehr schlecht

5. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Erkrankung

Kummer

Trauer

Schreck

Operationen

andere:

6. Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

7. Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

8. Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.



9. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern	Malaria	Mumps	Scharlach
Röteln	Tetanus	Ruhr	Syphilis
Tuberkulose	Keuchhusten	Salmonellose	Gonorrhoe (Tripper)
Pfeiffersches Drüsenfieber		Windpocken	
Tropenkrankheiten		Kinderlähmung	

10. Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

Ja Nein

10.1. Falls ja, welche wurden eingesetzt?

11. Haben Sie Narben von Operationen?

Ja Nein Wo?

12. Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

Ja Nein

13. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krebs	Epilepsie	Asthma	Fibromyalgie
Schlaganfall	Allergien	Tuberkulose	Herzkrankheiten
Rheumatismus	Gicht	Neurodermitis	Zuckerkrankheit
Schuppenflechte	Steinkrankheiten		Geschlechtskrankheiten
Gefäßerkrankungen	Geisteskrankheiten		Demenzerkrankungen
Multiple Sklerose	andere:	<input type="text"/>	



14. Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Diphtherie	Tetanus	HIB	Keuchhusten	Masern
Mumps	Röteln	Cholera	Gelbfieber	Hepatitis
Pocken	Grippe	Covid Hersteller:		
Polio (Kinderlähmung)	Tuberkulose (BCG)			
andere:				

14.1. Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit
Verhaltensveränderungen
andere:

15. Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?

Ja Nein

16. Sind Sie berührungsempfindlich?

Ja Nein

17. Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?

Ja Nein

18. Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?

Ja Nein

19. Sind enge Räume für Sie unangenehm?

Ja Nein



20. Mangelnde Konzentration?

Ja

Nein

21. Sind Sie müde und erschöpft?

Ja

Nein

22. Reizbarkeit verstärkt?

Ja

Nein

23. Ängste-Schuldgefühle-Konflikte?

Ja

Nein

24. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja

Nein

24.1. Falls ja, wie oft?

25. Schwitzen Sie häufig?

Ja

Nein

25.1. Schwitzen Sie Nachts?

Ja

Nein

25.2. Wenn ja, an welchem Körperteil?



26. Frieren Sie schnell?

Kalte Hände

Kalte Füße

27. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar

mäßig belastbar

kaum bis gar nicht belastbar

28. Wie ist ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

29. Haben Sie einen Partner(in)?

Ja

Nein

29.1. Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner(in)?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

30. Wie glücklich sind Sie auf einer Skala von 1 bis 10

(1 = gar nicht / 10 = sehr)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

31. Wieviel Liter trinken Sie täglich?

32. Was trinken Sie?

33. Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte	Weißmehlprodukte	Eier	Nüsse
Süßigkeiten	Kuchen	Zucker	

34. Wie oft essen Sie Fisch, welchen?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Häufigkeit	Fischarten

35. Wie oft essen Sie Fleisch, welches?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Häufigkeit	Fleischarten

36. Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

36.1. Verlangen nach

Süß	Sauer	Pikant	Bitter	Salzig
Scharf	Fleisch	Eier	Obst	Nikotin
Alkohol				

36.2. Abneigungen gegen

Süß	Sauer	Pikant	Bitter	Salzig
Scharf	Fleisch	Eier	Fett	Alkohol

37. Bekannte Nahrungsmittel-Allergien auf:



38. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Ja

Nein

38.1. Wenn ja welche?

39. Wurden Sie gestillt?

Ja

Nein

40. War ihre Geburt eine natürliche?

Ja

Nein

41. Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

Ja

Nein

42. Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe

Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe

Bäche / Flüsse in der Nähe

Schimmelpilzbelastung

Antiquitäten / Holzschutzmittel

Teppichböden

Mikrowelle

43. Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone

Internet

TV

Wasserbett

Kabel am / unter dem Bett



44. Wie ist ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit

häufiges Erwachen

Welche Uhrzeiten?

nächtliches Wasserlassen

Wie oft?

Schwierigkeiten beim Einschlafen

Unruhe in den Beinen

Sprechen im Schlaf

Nachtschweiß

heiße Füße

Zähneknirschen

Lebhafte Träume

45. Schlaflage ?

Bauch

Rücken

links

rechts

sitzend

kniend

zusammengerollt

46. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Häufig

Selten

Nie

46.1. Wann leiden Sie unter den Kopfschmerzen?

Morgens

Abends



46.2. Welche Regionen sind betroffen

Stirn-Augen-Schläfenregion

Hinterhauptregion

halbseitig

doppelseitig

links

wandernd, von links nach rechts

rechts

wandernd, von rechts nach links

46.3. Auslöser der Kopfschmerzen?

46.4. Gibt es etwas was Ihre Kopfschmerzen verbessert?

46.5. Gibt es etwas was Ihre Kopfschmerzen verschlechtert?

47. Haare

Haarausfall

kreisrund

vereinzelt

seit wann:

48. Augen

Bindehautentzündung

kurzsichtig

weitsichtig

sonstige Beschwerden:

Brille seit:

49. Ohren

Schmerzen links

Schmerzen rechts

beidseitig

Mittelohrentzündungen

Schwerhörig

Ohrendruck

Ohrengeräusche/Tinnitus



50. Zähne/Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche

Beschwerden bei der Zahnung

Tote Zähne

Wurzelbehandelte Zähne

Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Empfindliche Zähne auf heiß kalt

50.1. Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Ja

Nein

50.2. Zahnfüllmaterialien:

Amalgam

Gold

Titan

Kunststoff

Keramik

Palladium

51. Nase

Operationen

Allergien auf:

behinderte Nasenatmung

Nase verstopft

Heuschnupfen

51.1. Nasensekretion

wässrig

eitrig

schleimig

grünlich

51.2. Haben Sie häufig Entzündungen der Nasennebenhöhlen?

Ja

Nein



52. Mandeln

Operation

häufig Mandelentzündungen

als Kind

heute

53. Schilddrüse

Überfunktion

Unterfunktion

Vergrößerung

Operation

Hashimoto

Basedow

54. Brustdrüse

Beschwerden

Operationen

55. Herz

Beschwerden

Stechen

Druckgefühl

Rhythmusstörungen

Beklemmung

Infarkt

56. Lunge

Bronchitis

häufig Husten

Atemnot

57. Leber

Entzündungen

Hepatitis

58. Galle

Steine

Koliken

Operation

Druck im Oberbauch

Fettunverträglichkeit



59. Magen

Völlegefühl

Gastritis

Appetitlosigkeit

Nahrungsmittelallergien

Sodbrennen

Reflux

60. Rücken

Schmerzen

Hexenschuss

Ischias

Skoliose

61. Niere/Blase

Nierensteine

Entzündungen

häufig:

62. Harn

Viel

Wenig

Häufig

kann nicht halten

Geruch nach:

63. Darm

Blinddarmoperation

Hämorrhoiden

Entzündungen

Aufgeblähter Bauch

Blähungen

Geruch nach:

Krämpfe/ Schmerzen

Wo? Wann? (z.B. „45 Min. nach dem Essen, um den Bauchnabel herum“)



68. Haut/Nägel

Verbrennungen

Narben

Geschwüre

Hautjucken

Warzen

Pilze

eingewachsene Nägel

Nagelbettentzündungen

Allergien auf:

69. Gynäkologisch

Schmerzen

Eierstockentzündungen

Ausschabungen

Fehlgeburten (Wenn ja, wie viele?)

Geburten (Wenn ja, wie viele?)

Abtreibungen (Wenn ja, wie viele?)

Ausfluß:

keinen

stark

weiß

gelb

wundmachend

färbt die Wäsche

Sonstiges:

Tumore

Zysten

Myome Geschlechtskrankheiten

70. Wann war die erste Menses?

70.1. Wann war die letzte Menses?



71. Prostata

Beschwerden beim Wasserlassen

vergrößert

Entzündungen

Geschlechtskrankheiten

72. Sexualität

vermindert

verstärkt

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Datenschutz:

Erklärung zur Speicherung der personenbezogenen Daten: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der **Behandlung und Abrechnung** durch das Therapiezentrum für ganzheitliche Medizin Denise Hengst zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Behandlungsvereinbarung:

Sie kommen zur Behandlung als Patient/in in mein Therapiezentrum für ganzheitliche Medizin, das nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Sollten Sie die vereinbarten Behandlungstermine nicht einhalten können, so bitte ich Sie diese mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Sofern Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, muss ich für Ihre vorgesehene und ungenutzte Behandlungszeit gemäß § 615 BGB pauschal 85 € in Rechnung stellen (Annahmeverzug).

Ort, Datum

Unterschrift/Digitale Unterschrift

Kenntnisnahme: Zum Zwecke der Behandlung kann es vorkommen, dass Ihre Daten an Dritte weitergeleitet werden. Die Fremdlabore, Pathologielabore und Überweiserpraxen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift/Digitale Unterschrift