



Ganzheitliche Basis-Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei einer ganzheitlichen, regulativen Therapie müssen die individuellen Ursachen, die zur Entwicklung eines Symptoms oder einer Krankheit geführt haben, berücksichtigt werden. Deshalb ist dieser Fragebogen sehr ausführlich, sollte möglichst genau ausgefüllt und von Ihnen mit Zeitangaben und gegebenenfalls mit weitergehenden Informationen ergänzt werden. Diese zunächst wichtigen Basis-Informationen, werden beim Gesprächs- und Untersuchungstermin weiter vertieft. Bitte fügen sie auch ein Foto neueren Datums bei. Falls Allergiepass, Impfausweis und aktuelle Blutwerte, Briefe von Fachärzten, KH etc. vorhanden, bitte zum Termin mitbringen. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Straße, Hs. Nr./ PLZ/ Wohnort: _____ Tel.: _____

_____ Handy: _____

_____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Zahl der Kinder: _____

Krankenversichert bei: _____ Zusatzversicherung (Tarif): _____

Familienversichert mit: _____

1. Welche akuten und/oder chronischen Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

(Bitte Stichworte in der Reihenfolge der Wichtigkeit mit Kennzeichnung der Hauptbeschwerden.)

2. Welche Untersuchungsmaßnahmen wurden bisher wann durchgeführt? Mit welchem Ergebnis?

(z. B. Allergietest, Röntgen, Labor...) Was ist weiter geplant?



**3. Welche Behandlungen wurden bislang wann, von wem und mit welchem Erfolg durchgeführt?
 Was ist weiter geplant? Welche Prognosen wurden Ihnen gesagt?**

4. WO? WIE? WIE LANGE? WOBEI?

Lokalisation; Art und Stärke der Beschwerden
 Zeitliche Entwicklung der Beschwerden
 Auslösende, verstärkende oder lindernde Faktoren der Beschwerden
 Begleiterscheinungen der Beschwerden

5. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (auch pflanzliche, homöopathische, Hormone, Schlaf- und Beruhigungsmittel angeben mit Dosis und seit wann?)

Name:	Grund:	Dosierung:
Schmerzmittel: Welche?	nie/ selten/ häufig	
Abführmittel: Welche und seit wann?	nie/ selten/ häufig	

6. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome? Bitte jeweils zutreffendes ankreuzen und Zeitangaben zu ergänzen.

Herz-Kreislauf-System		
Blutdruck	normal/ hoch/ niedrig	seit
Herzrhythmusstörungen		
Herzkrankheit	Herzinfarkt	Schlaganfall
Krampfadern	Hämorrhoiden	offenes Bein
Sonstiges:		



7. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Sinnesorgane

Kurzsichtigkeit	Weitsichtigkeit
Grauer Star	Grüner Star
Schwerhörigkeit	Geschmacksstörungen
Geruchsstörungen	Taubheitsgefühl
Missempfindungen	Krämpfe

8. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Schilddrüse

Überfunktion	Unterfunktion
Sonstiges:	

9. Allergien / Unverträglichkeiten

Nahrungsmittel	Pollen	Hausstaub
Tierhaare	Medikamente	
Sonstiges:		

10. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Magen-Darm-Trakt

Blähungen	wann?
Verstopfung	Durchfälle
Blutiger Stuhl	Schleimbeimengungen
Schmerzen	
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	
Sonstiges:	

11. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Atemwege

Husten	Auswurf
Luftnot in Ruhe	Luftnot bei Belastung
Gestörte Nasenatmung	Asthma
Lungenentzündung	
Bronchitis	
Sonstiges:	



12. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Haut

Akne Ekzeme Schuppenflechte Neurodermitis
 Sonstiges:

13. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Bewegungsapparat

Rheuma Gelenkbeschwerden
 Arthritis Arthrose
 Wirbelsäulenbeschwerden Ischiasbeschwerden
 Bandscheibenerkrankungen
 Knochenbrüche
 Sonstiges:

14. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Urogenitaltrakt Männer

Nieren- oder Nierenbeckenentzündung
 Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine
 Prostataerkrankungen
 Nächtliches Wasserlassen Häufigkeit
 Schwierigkeiten beim Wasserlassen
 Sexuelles Empfinden/ Potenz normal / gestört
 Sonstiges:

15. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Urogenitaltrakt Frauen

Blasenentzündungen
 Nieren- oder Nierenbeckenentzündung
 Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine
 Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane und Brüste
 Nächtliches Wasserlassen Häufigkeit
 Schwierigkeiten beim Wasserlassen
 Sexuelles Empfinden normal / gestört



16. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Urogenitaltrakt Frauen

Periode
 (regelmäßig/ unregelmäßig/ schmerzhaft/ mit Kopfschmerz/ stark/ schwach/ mit
 Verstimmungszuständen
 Letzte Periode am:
 Nicht mehr seit:
 Geburten / Schwangerschaften:
 Schwangerschaftsabbruch
 Sonstiges:

17. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Lymphsystem

Schwellungen	Knöchel Unterschenkel Arme Augenlider Nasenschleimhäute Lymphknoten
Sonstiges:	

18. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit Gicht	Leberkrankheiten Krebserkrankungen	Gallensteine
--------------------------	---------------------------------------	--------------

19. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Infektionskrankheiten

Tuberkulose Ruhr Sonstiges: Erkältungen: Fieber: Borreliose	Typhus Syphilis oft/ selten oft/ selten/ nicht mehr seit....	Paratyphus Tripper
--	---	-----------------------



20. Mund und Zähne

Parodontose
 Wurzelbehandelte Zähne
 Implantate
 Verschieden Zahnmaterialien:
 Amalgamfüllungen
 Amalgamsanierung
 Sonstige:

21. Kindheit & Jugend

Geburt normal Kaiserschnitt
 Sonstiges
 Wurden Sie mindestens 6 Monate gestillt?
 Ja nein keine Kenntnisse
 An welche Kinderkrankheiten können Sie sich erinnern?

22. Impfungen

Tuberkulose	Diphtherie	Grippe
Tetanus	Polio	FSME
Pocken	Hepatitis A	Hepatitis B
Masern	Mumps	Gelbfieber
Keuchhusten	Röteln	Covid (Welche und Wann)
Sonstiges:		

Hatten Sie Impfreaktionen?

23. Welche Operationen, Unfälle, Narben, Krankenhausaufenthalte waren in welchem Alter? Komplikationen?





24. Körperfunktionen

Körpergröße	
Gewicht	gleichbleibend/ Zunahme/ Abnahme Um ____kg seit
Appetit	wenig/ normal/ viel
Durst	wenig/ normal/ viel
Schwitzen	wenig/ normal/ viel
Nachtschweiß	ja/ nein
Stuhlgang	täglich ____mal; wöchentlich ____mal; Konsistenz
Schlaf	durchgehend Einschlafschwierigkeiten Durchschlafschwierigkeiten Zeit des Erwachens
Sport	Art _____ Häufigkeit ____mal/ Woche Dauer _____Minuten

25. Lebensstil

Alkohol	nie/ selten/ regelmäßig	
	Was?	Wie viel?
Drogen	ja/ nein/ früher	
	Was?	Wie viel?
Rauchen	nie/ selten/ regelmäßig	Wie viel?
	Von bis	
Mobiltelefon	ja/ nein	
Schurlostelefon	ja/ nein	
W-LAN	ja/ nein	
Hobbies	_____	
Kontakt mit giftigen Substanzen	Zu Hause	Am Arbeitsplatz
Welche:		



26. Seelisches/ psychisches Wohlbefinden

Nervosität
 Freudlosigkeit
 Nachlassendes Interesse an familiären und gesellschaftlichen Ereignissen
 Vergesslichkeit
 Konzentrationsstörungen
 Einsamkeitsgefühle
 Trauer
 Zukunftsängste
 Familiäre Schwierigkeiten
 Unzufriedenheit mit der derzeitigen Tätigkeit/ Aufgabe
 Unzufriedenheit mit dem Leben
 Sonstiges _____
 Waren Sie schon einmal in psychologischer Behandlung?

27. Familienanamnese

Erkrankungen der
 Eltern (V=Vater; M=Mutter)
 Großeltern (VV= Vaters Vater/ VM= Vaters Mutter/ MV= Mutters Vater/ MM= Mutters Mutter)
 Geschwister (B=Bruder/ S=Schwester)

Bluthochdruck	Herzinfarkt	Schlaganfall	Übergewicht
Diabetes	Steinleiden	Gicht	Allergien
Krebserkrankungen	TBC	Hauterkrankungen	
Allergien	Asthma/ Bronchitis	Durchblutungsstörungen	

Psychische Erkrankungen.....
 Sonstiges:



28. Worauf führen Sie selbst die Entstehung zurück? Welche Veränderungen haben in Ihrem Leben ein bis zwei Jahre vorher stattgefunden (z.B. seelisches Erlebnis, Unfall, Berufs- oder Wohnungswechsel, andere Erkrankungen; Operationen, Behandlungen – auch Zähne...)

Ergänzungen, zu den obigen Punkten!

