



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 |
|--|---|-----------------------|



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!

