



Anamnesebogen

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ u. Wohnort
Telefon	Geburtsdatum
Krankenkasse	Hausarzt
Beruf / Tätigkeit	Familienstand, Kinder
Körpergröße	Gewicht
Blutgruppe	eMail

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Problemen suchen Sie meinen Rat?

--

Unter welchen derzeitigen Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach deren Wichtigkeit.

1	seit:
2	seit:
3	seit:
4	seit:
5	seit:

Welche anderen früheren Erkrankungen gab es bei Ihnen noch, und wann?

--

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

--

Anamnesebogen

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer derzeitigen Beschwerden?

- ☐ Operation ☐ Trauer / Kummer ☐ Schreck ☐ Reise ☐ Impfung ☐ andere Erkrankungen
☐ anderes Ereignis

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen schon einmal Auffälligkeiten?

- ☐ Leberwerte ☐ Cholesterin ☐ Eisenmangel ☐ Entzündungswerte ☐ Blutzuckerwert
☐ Nierenwerte ☐ andere Werte:

Listen Sie bitte alle Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Name	Seit	Dosierung

Allgemeine Symptome

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ mangelnde Konzentration | ☐ Müdigkeit / Erschöpfung | ☐ verstärkt reizbar |
| ☐ Nervosität / Unruhe | ☐ Panikgefühle | ☐ Traurigkeit |
| ☐ Ängste | ☐ Infektanfälligkeit | ☐ häufiges Schwitzen |
| ☐ vermehrtes Frieren | ☐ Fieber ☐ oft ☐ selten ☐ nie ☐ bei Infekten | |

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0 – 10?

Gar nicht
belastbar

0 5 10
☐--☐--☐--☐--☐--☐--☐--☐--☐--☐--☐

Sehr
belastbar

Wie empfinden Sie Ihren Alltag?

- ☐ entspannt ☐ gestresst ☐ überfordert ☐ herausfordernd, aber ok ☐ mal so, mal so



Anamnesebogen

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Wann?

☐ morgens ☐ abends

Wo?

☐ Stirn/Augen/Schläfenregion

☐ Hinterhauptregion

☐ aus dem Nacken kommend

☐ halbseitig

☐ doppelseitig

☐ links

☐ rechts

Leiden Sie unter Haarausfall?

☐ ja, seit: _____

☐ kreisrunder Haarausfall

☐ vereinzelter Haarausfall

☐ gefärbt, seit: _____

☐ trockene Haare

☐ juckende Kopfhaut

Nase

☐ Operationen

☐ Heuschnupfen

☐ Fließschnupfen

☐ Nase verstopft

☐ Nasennebenhöhlenentzündung

Absonderungen:

☐ wässrig

☐ grünlich

☐ schleimig

☐ eitrig

Augen

☐ trocken

☐ tränend

☐ brennend, juckend

☐ Bindehautentzündung

☐ geschwollen, Tränensäcke

☐ sonstige Beschwerden: _____

Ohren

☐ Schmerzen

☐ links

☐ rechts

☐ juckend

☐ links

☐ rechts

☐ Ohrendruck

☐ links

☐ rechts

☐ Ohrgeräusche

☐ links

☐ rechts

☐ Hörminderung

☐ links

☐ rechts

☐ Hörgerät seit: _____

Mandeln

☐ Operation

☐ häufige Mandelentzündung:

☐ als Kind

☐ heute



Anamnesebogen

Zähne

Zahn-Status

- ☐ wurzelbehandelte Zähne
☐ tote Zähne
☐ Chirurg. Entfernung toter Zähne

Temperaturempfindlichkeit?

- ☐ heiß ☐ kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ☐ ja ☐ nein

Zahnfleisch

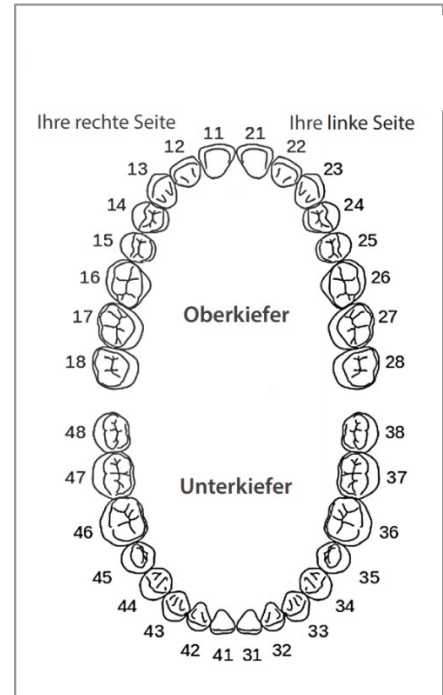
- ☐ Zahnfleischbluten
☐ entzündetes Zahnfleisch

Zahn-Füll-Ersatzmaterialien

- ☐ Amalgam ☐ Gold
☐ Kunststoff ☐ Titan
☐ Keramik ☐ Palladium
☐ Implantate ☐ andere

Kiefergelenke

- ☐ Schmerzen
☐ Geräusche beim Kauen
☐ Blockade
☐ Zähneknirschen



Mund

- ☐ Mundgeruch ☐ vermehrter Speichelfluss ☐ Lippenherpes ☐ Mundwinkel eingerissen

Zunge

- ☐ Belag ☐ Brennen

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Vergrößerung
☐ Operation ☐ Kloßgefühl ☐ Autoimmunerkrankung / Hashimoto
☐ Bestrahlung

Allergien



Anamnesebogen

Körper und Organfunktionen

Brust

- ☐ Knoten / Zysten
- ☐ Operationen

Herz

- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Beklemmungen
- ☐ Schwindel
- ☐ Blutdruck hoch
- ☐ Blutdruck niedrig
- ☐ Kreislaufbeschwerden

Lunge

- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Atemnot
- ☐ Asthma

Leber

- ☐ Hepatitis
- ☐ Entzündungen
- ☐ Fettleber

Stoffwechsel

- ☐ schwankendes Gewicht
- ☐ Gewichtsabnahme
- ☐ Gewichtszunahme
- ☐ hohes Cholesterin
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ auffällige Blutwerte

Galle

- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operationen
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Gastritis
- ☐ Übelkeit
- ☐ Schmerzen

Rücken

- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannungen
- ☐ Steifigkeit

Niere / Blase

- ☐ Nierensteine
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Blasenentzündung
- ☐ Häufigkeit _____

Harn

- ☐ viel ☐ wenig ☐ oft
- ☐ kann nicht halten
- ☐ nachts Harndrang

Darm

- ☐ Blähungen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Reizdarm
- ☐ Colitis ulcerose
- ☐ Morbus Crohn
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Krämpfe

Stuhlgang

- ☐ tägl. 1 bis ____ mal
- ☐ jeden 2. Tag
- ☐ alle ____ Tage
- ☐ unregelmäßig
- ☐ klebrige Rückstände nach WC Spülung
- ☐ Durchfall
- ☐ heller Stuhl
- ☐ dunkler Stuhl
- ☐ übelriechend
- ☐ weiche Konsistenz
- ☐ harte Konsistenz
- ☐ schmierig
- ☐ schleimig
- ☐ Blut im Stuhl
- ☐ pastenartig
- ☐ kann Stuhl nicht oder schlecht halten
- ☐ Gefühl, nicht fertig werden zu können

Arme

- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Hände
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Beine

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ geschwollen

Haut / Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Pickel / Furunkel
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündung
- ☐ Fußpilz
- ☐ Nagelpilz
- ☐ Trockene Haut, wo?

Knochen

- ☐ auffällige Knochendichte-Messungen

Wann war die letzte Magenspiegelung?

Wann war die letzte Darmspiegelung?



Gynäkologischer / urologischer Bereich

Frau

Ausfluss

☐ ja ☐ nein

Erste Regel?

☐ weiß ☐ gelb

Letzte Regel?

☐ wundmachend

Weitere Beschwerden:

☐ unregelmäßige Zyklen

☐ Zysten

☐ Brustspannen

☐ Myome

☐ Schmerzen

☐ Sterilisation

☐ Endometriose

☐ PMS

☐ Tumore

☐ Hitzewallungen

☐ Ausschabung

☐ trockene Schleimhaut

☐ Libidoverlust

Geburten / Jahr:

Fehlgeburten / Jahr

Mann

Prostata

☐ Vergrößerung

☐ Entzündungen

☐ Beschwerden beim Wasserlassen

☐ Geschlechtskrankheiten

☐ Operation

☐ Sterilisation

☐ Erektionsprobleme

Verhütungsmaßnahmen

☐ Pille

☐ Kondom

☐ Hormonspirale

☐ Hormonspritze

☐ keine

☐ andere:

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja, folgenden _____

Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja, wieviel _____ seit wann? _____

☐ E-Zigarette ☐ Nichtraucher seit: _____

Sind Sie eher ein ☐ Morgenmensch oder ☐ Abendmensch ?

Haben Sie Zeit für sich? ☐ ja ☐ ja, aber zu wenig ☐ nein



Anamnesebogen

Wie ist Ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit ☐ häufiges Erwachen ☐ wann / wie oft? _____
☐ nächtliches Wasserlassen seit: _____ wann / wie oft? _____
☐ Unruhe in den Beinen ☐ Nachtschweiß ☐ fehlende Traumerinnerung
☐ heiße Füße ☐ Mittagsschlaf ☐ Schichtarbeit

Schlafen Sie abends auf dem Sofa ein? ☐ ja ☐ nein ☐ manchmal

Regelmäßige Schlafzeiten von _____ bis _____ Uhr

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- ☐ Telefon / Handy am Bett ☐ Radiowecker

Schlafen Sie bei völliger Dunkelheit? ☐ ja ☐ nein

Ernährung

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten oder nie	1-3x pro Woche	1x täglich	2x täglich	> 2x täglich
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Brot	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen, Kekse	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Zucker	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Geflügel	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐	☐
Sojaprodukte	☐	☐	☐	☐	☐
Salat	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten / Chips etc.	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

Anamnesebogen

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

☐ bis zu 0.5 Liter ☐ bis zu 1 Liter ☐ bis zu 1 Liter ☐ bis zu 1,5 Liter ☐ bis zu 2 Liter ☐ mehr als 2 Liter

Was trinken Sie? (in Liter)

☐ Wasser: ☐ Fruchtsäfte: ☐ Bier/Wein:
☐ hochproz. Alkohol: ☐ Softdrinks: ☐ Kaffee/Tee/Milch:

Kochen Sie selbst? ☐ ja ☐ nein Essen Sie in Kantinen? ☐ ja ☐ nein

Bevorzugte Ernährung

☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Rohkost ☐ Fertiggerichte
☐ Heißhunger nach Süßem ☐ Heißhunger nach Salzigem

Notieren Sie, wenn möglich, repräsentative Mahlzeiten aus Ihrem Alltag:

Ich esse morgens:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse mittags:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse abends:

Tag:	Uhrzeit:	Was:
1		
2		
3		

Ich esse zwischendurch / spät abends:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

☐ Gluten ☐ Fructose ☐ Lactose ☐ Histamin

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen gefühlt nicht gut tun?

Krankheitsgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

☐ Masern ☐ Scharlach ☐ Windpocken ☐ Röteln ☐ Mumps
☐ EBV Infektion ☐ Borreliose ☐ Salmonellen ☐ COVID-19
☐ andere: _____

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

☐ Tuberkulose ☐ Cholera ☐ Pocken ☐ Röteln ☐ Mumps
☐ Masern ☐ Keuchhusten ☐ Polio ☐ Hepatitis ☐ Tetanus
☐ Gelbfieber ☐ Grippe ☐ Diphtherie ☐ COVID-19
☐ andere: _____

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

☐ nein ☐ ja, wie häufig (geschätzt): _____

Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt (CT oder MRT)

☐ nein ☐ ja, wie häufig (geschätzt): _____

Welche Krankheiten sind in der Familie bekannt?	Wer hatte die Krankheiten?