

Anamneseformular für Erwachsene

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name _____ Vorname _____

Hausarzt _____ Beruf _____

KrankenkassenZusatzvers. ja nein Mit beruflicher Situation zufrieden? ja nein

Hobbies/Sport

Auf wessen Empfehlung sind Sie hier?

Hauptanliegen

Soziales Umfeld

Leben Sie allein Partnerschaft Familie

Bitte notieren Sie frühere/andere **Krankheiten/Unfälle/Operationen**

Nehmen Sie momentan **Medikamente (auch Homöopathika)**?

Nehmen Sie zurzeit **Nahrungsergänzungsmittel** (Vitamine, Mineralstoffe usw.)? ja nein
wenn ja, welche:

Erkrankungen, Symptome

Welche Erkrankungen/Symptome oder Befindlichkeitsstörungen haben Sie zurzeit / innerhalb der letzten 6 Monate?

Organsysteme

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Atemwege/Lunge | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren |
| <input type="checkbox"/> Kiefer-Zähne | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Dickdarm | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Blase | <input type="checkbox"/> Sexualorgane |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem (Psyche, Hormone, MS, Epilepsie ...) | | | |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel) | | | |
| welche Bereiche sind betroffen? | | <input type="checkbox"/> Schultergelenk | <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Lenden |
| | | <input type="checkbox"/> Iliosakralgelenk | <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie |

Vegetative Störungen

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche |
| <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schmerzen ungeklärter Herkunft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schmerzen allgemein |

Welches davon sind Ihre 3 Hauptbeschwerden:

Wieviel Wasser **trinken** Sie täglich?

Wieviel Fruchtsaft, Softdrinks, Tee, Kaffee, Alkohol

Ernährung: esse alles / vegetarisch / gerne süß / ohne Zucker / milchfrei / vegan

Toxine: Amalgamfüllungen: wann und wie viele:

Kontrastmittel: wann:

Impfungen: wann und wie viele:

Gewichtsprobleme? ja nein

wenn ja: Körpergröße/Gewicht _____

Wie oft haben Sie **Stuhlgang**? täglich weniger als einmal täglich

Wie oft haben Sie **körperliche Bewegung**? täglich wöchentlich gelegentlich nie

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten / welche Raucherwaren, wie oft? _____

Genuss **alkoholischer Getränke**? keine ab und zu regelmäßig

Mögliche **Belastungsfaktoren/Ereignisse** in der letzten Zeit? (Trennung/Scheidung, Partnerschaftsprobleme, starke berufliche Belastung, Todesfall, Familienprobleme, Umzug, Pflege von Angehörigen, wenig Bewegung...)

Fragen an die Frau: Schwangerschaft/Geburt

- unerfüllter Kinderwunsch
- schwieriger Schwangerschaftsverlauf
- schwierige Geburt(en)
- Schwangerschaftsabbruch
- Abort

Menstruationszyklus

- Starke Blutungen
- schwache Blutungen
- lange Blutungen
- Zwischenblutungen
- unregelmäßige Blutungen
- Stimmungsschwankungen
- Schmerzen
- PMS
- Wechseljahrsbeschwerden

Unverträglichkeiten/Allergien

- Nahrungsmittel
- Milben, Hausstaub
- Pollen (Heuschnupfen)
- andere

Welches **Ziel** möchten Sie erreichen? Woran erkennen Sie, dass Sie ihr **Ziel erreicht** haben?

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, die Informationen für Klientinnen und Klienten und das Anamnese-Formular genau zu lesen, zu unterschreiben und in die erste Sitzung mitzubringen bzw. mir vorab zu senden.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Manja Paul

Ort/Datum _____

Unterschrift