

Anamnese

Name

Geburtsdatum

Vorerkrankungen (Wenn ja, welche und wann/seit wann?)

- **Bewegungsapparat**

(z.B. Wirbelsäule: Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Kanalstenose, Tumore
Gelenke: Arthrose, Schleimbeutelentzündung, Muskel/Sehnenentzündung,
usw.)

- **Magen/Darmtrakt**

(z.B. Magenschleimhautentzündung, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Diabetes,
usw.)

- **Leber/Galle**

(z.B. Hepatitis, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, usw.)

- **Herz/Kreislauf**

{z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Arteriosklerose, Krampfadern,
Blutarmut, Herzrhythmusstörungen, usw.}

- **Atemwege/Lunge**

{z.B. Asthma, Bronchitis, chron. Erkältung, Nebenhöhlenentzündungen, usw.}

- **Erkrankungen vom Nervensystem/Hirn**

{z.B. MS, ALS, Neuroborreliose, Polyneuropathie, Schlaganfall, usw.}

- **Erkrankungen von Niere/Harnwege/Blase/Prostata**

{z.B. Nierensteine, Niereninsuffizienz, chron. Blasenentzündung, Prostatitis,
Tumore, usw.}

• Hauterkrankungen
(z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Akne, Abszesse, Ekzem, usw.)

• Augenerkrankungen
(z.B. Sehschwäche, Glaukom, grauer Star, usw.)

• Ohrenerkrankungen
(Gehörstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Mittelohrentzündung, usw.)

• Infektionskrankheiten
(z.B. Herpes, AIDS, Borreliose , usw.)

• Psychische/psychologische Erkrankungen
(z.B. Depression, Burnout, ADHS usw.)

Unfälle

Wenn ja, welche und wann?

Ja Nein

Operationen

Wenn ja, welche und wann?

Behinderungen

Wenn ja, welche?

~
Brauchen Sie Hilfsmittel?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten schulmedizinisch untersucht?
(z.B. Röntgen, MRT, CT, Szintigramm, Ultraschall, Blutbild, Stuhlprobe usw.)

Wenn ja, welche und wann?

• Welche Symptome haben Sie zurzeit?

Schmerzen?

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala

von 1 bis 10 (1 = Gering, 10 = Unerträglich)

• Gefühlsstörungen

(z.B. Kribbeln, Taubheit, Brennen, Juckreiz)

• Kraftverlust

Wenn ja, wo?

• Krämpfe

Wenn ja, wo?

• Schwindelbeschwerden (Vertigo)

• Ohrgeräusche (Tinnitus)

• Andere Symptome

Wenn ja, welche und wann?

• Wie ist ihr momentaner Blutdruck?

• Wie empfinden Sie ihre momentane Stressbelastung?

• Eigene Ergänzungen (heutiger
Vorstellungsgrund)

Hiermit bestätige ich diesen Fragenbogen gewissenhaft und vollständig
ausgefüllt zu haben

Ort / Datum

Unterschrift