



Löbbering
Naturheilpraxis

Anamnese - Fragebogen

Grüezi

In der Naturheilkunde wird der Mensch ganzheitlich betrachtet. Um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen ergründen zu können, benötige ich Ihre aktive Mithilfe beim ausfüllen dieses Fragebogens. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, je besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und behandeln.

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin per e-mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank. Ich freue mich auf Sie.

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Mobile:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geschlecht (m/w):
Zivilstand:	Beruf:
Zusatzversicherung Krankenkasse bei:	Versichertennummer:

Grund Ihres Besuchs und Ihre momentanen Beschwerden (kurze Beschreibung):

--	--

Wann treten die Beschwerden auf (bei Belastung, Ruhe, Stress etc.)?	
---	--

Möglicher Auslöser (Unfall, Trauer, Impfung, Kummer, Medikamente, etc.)?	
--	--

Häufigkeit?	
-------------	--

Bestehen Begleitsymptome? Wenn ja, welche?	
--	--

Schmerzstärke (1-10, von schwach bis sehr stark):	
---	--

Was hilft Ihnen die Beschwerden zu lindern?	
---	--

Welche Diagnosen wurden evtl. bereits gestellt?	
---	--

Welche Therapiemassnahmen sind evtl. bereits erfolgt?	
---	--

Was erwarten Sie sich von mir?	
--------------------------------	--

Biographie Erkrankungen:

Nehmen Sie momentan Medikamente ein? Wenn ja: was und seit wann?	
--	--

Nehmen Sie Immunsystem-hemmende Medikamente ein?	
Hatten Sie bereits Unfälle? Wenn ja: was und wann?	
Hatten Sie bereits Operationen (Blinddarm, Mandeln etc.)? Wenn ja: was und wann?	
Sind Sie geimpft?	
Welche bedeutsamen Erkrankungen haben Sie schon gehabt (Herz-Kreislauf, Lunge, Leber, Niere, Magen-Darm-Trakt, Schilddrüse, Wirbelsäule, Gliedmassen/Gelenke, Infektionskrankheiten, Pfeiffersches Drüsenfieber, Borreliose, Gürtelrose, Sonstiges)?	
Besteht eine der oben genannten Erkrankungen noch immer? Wenn ja: welche und seit wann?	
Gibt es bis heute noch Folgeschäden von OP's, Unfällen oder Krankheit? Wenn ja: welche?	
Fanden Kieferorthopädische Eingriffe statt (Zahnkorrekturen, Zähne ziehen etc.)?	
Haben Sie Traumata, Schicksalsschläge erleben müssen?	

Biographie Persönlich:

Bestehen Unverträglichkeiten, Allergien? Wenn ja: welche?	
---	--

Sind Sie Diabetiker?	
Fieberverhalten (Fieber ja, nein, hoch, tief)?	
Appetitverhalten (erhöht, normal, erniedrigt)?	
Bestehen Schlafstörungen (ein- und/oder durchschlafen)?	
Bestehen Verdauungsstörungen (z.B.: Blähungen, Aufstossen, Sodbrennen, Hämorrhoiden, Verstopfung, Durchfall)?	
Sind Sie Wetterfühlig (z.B.: Kopf-, Gliederschmerzen)?	
Frieren Sie schnell (z.B.: kalte Finger/Füsse)?	
Schwitzen Sie schnell (z.B.: Nachtschweiss)?	
Sind Sie Raucher?	
Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?	
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?	

Sozialanamnese:

Was ist Ihr erlernter und was Ihr ausgeübter Beruf?	
Soziales Netz (Vereine, ehrenamtliche Tätigkeiten, Freunde etc.)	

Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja: welchen?	
Sonstige Freizeitaktivitäten?	
Haben Sie Haustiere? Wenn ja: welche?	
Generelle Lebensumstände:	

Biographie Familie:

Litten oder leiden Familienangehörige beispielsweise an Krebs, Leukämie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Rheuma, Asthma, Epilepsie, Diabetes, Alkoholproblemen, Nervenerkrankungen, Psychischen Problemen, Behinderungen, Adoptionen, Scheidungen etc.

Vater:	
Mutter:	
Geschwister:	
Grossvater / Grossmutter mütterlicherseits:	
Grossvater / Grossmutter väterlicherseits:	
eigene Kinder:	

Biographie Partnerschaften:

Leben Sie momentan in einer Partnerschaft?	
Gab es partnerschaftliche Schicksalsschläge?	

Biographie Gynäkologie:

Gibt es Entzündungen (e :einmalig oder w :wiederkehrend)?	
--	--

Haben Sie Pilze (e :einmalig oder w :wiederkehrend)?	
Wie ist Ihre Monatsblutung (regelmässig, unregelmässig, schmerzhaft)?	
Anzahl Schwangerschaften / Anzahl Geburten?	
Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft und/oder Geburt?	
Nehmen Sie die Pille ein?	
Sonstige hormonelle Medikamente?	
Hatten Sie bereits Operationen in diesem Bereich (z.B. Kaiserschnitt, Gebärmutterentfernung, Myom etc.)?	
Sonstiges?	

Sonstiges:

Welche Massnahmen ergreifen Sie selbst um gesund zu bleiben?	
Was würden Sie als erstes unternehmen wenn Sie Ihre Erkrankung los wären?	
Gibt es weitere wichtige Informationen zum Umfeld Ihrer Erkrankung die Sie mir mitteilen möchten?	

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Datum und Unterschrift: