



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von grosser Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Auf Ihre aktive Mithilfe bin ich angewiesen. Bitte füllen Sie daher den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus. Nehmen Sie sich hierfür bitte etwas Zeit. Denn je genauer und umfassender Ihre Angaben zur Krankengeschichte bzw. zum Gesundheitszustand sind, umso besser kann ich auf Sie unter dem Ansatz einer ganzheitlichen Betrachtung und Behandlung eingehen und mich auf sie vorbereiten.

Vielen Dank!

«BauchWohl» Angela Jordan

Personendaten

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____
Beruf: _____

Anamnese

Bitte beschreiben Sie Ihre momentanen Beschwerden! Weswegen kommen Sie zu mir?

Wo befinden sich die Beschwerden (Lokalisation)?

Wie äussern sich die Beschwerden (z.B. Schmerzcharakter – hellstechender, ziehender, dumpf bohrender, ausstrahlender Schmerz etc. Schmerzintensität)?

Seit wann haben Sie die Beschwerden (Ablauf, was verschlimmert, was verbessert, zu bestimmten Zeiten)?

Gab es einen Auslöser für ihre Beschwerden (z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen etc.)

Was haben Sie bislang gegen die Beschwerden unternommen? Gab es Vorbehandlungen/ Untersuchungen? Verfügen Sie über Arztberichte/ Laborberichte etc.? Falls ja, bitte mitbringen!

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja bitte ankreuzen:

- Masern
 - Mumps
 - Röteln
 - Scharlach
 - Windpocken
 - Hepatitis
 - andere: _____
-

Letzter Urlaub, wann? Reiseziel? Gab es Fernreisen?

Grösse: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Gab es Gewichtsveränderungen?

Haben Sie sich Operationen unterzogen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Bewegungsapparat (Schulter, Hüfte, Wirbelsäule, Knie, etc.)
- Gelenkersatz
- Sonstiges: _____

Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck
- Darmerkrankung
- Asthma
- Schilddrüsenerkrankung
- Fettstoffwechselstörung
- Depressionen
- Diabetes mellitus
- Nierenerkrankung
- Rheuma
- Epilepsie
- Lebererkrankungen
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Magenerkrankungen
- Hautkrankheit
- Gicht
- Gallensteine
- Krebs

Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Grosseltern, Eltern, Geschwister) gehäuft auf?

Bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Herzinfarkt
- Fettstoffwechselstörung
- Asthma
- Lungenerkrankung
- Erbkrankheiten
- Krebserkrankungen
- Schlaganfall
- Sonstiges: _____

Soziale Anamnese

Welche Hobbys haben Sie?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

Liegen Allergien vor? Bitte entsprechendes ankreuzen:

- Heuschnupfen
- Tierhaare
- Hausstaubmilben
- Pollen/ Gräser
- Metalle
- Medikamente (Penicillin, Aspirin)
- Lokal wirkende Betäubungsmittel
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten, bitte nennen: _____
- Sonstige Allergien: _____

Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche?

Zahnanamnese

- Füllungen
 - Amalgam
 - Kunststoff
 - Gold
 - Keramik
 - Amalgam entfernt
- Weisheitszähne vorhanden?
 - Ja
 - Nein
- Implantate

Für Patientinnen, bitte ausfüllen

Anzahl Schwangerschaften: _____

Anzahl Geburten: _____

Derzeit schwanger? _____

Einnahme der Pille:

- Ja, welche: _____
- Nein
- Sonstige Verhütungsmittel: _____

Monatsblutung:

- regelmässig
- unregelmässig
- stark
- normal
- schwach
- schmerzhaft

Allgemeine Lebensführung

Welchen regelmässigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wieviel trinken Sie pro Tag und was?

Wieviel Kaffee trinken sie pro Tag?

Wie ernähren Sie sich/ Was essen Sie am liebsten? (vegetarisch, Fleisch, etc.)

Haben Sie gegen bestimmte Nahrungsmittel eine Abneigung?

Wie ist Ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- Völlegefühl nach dem Essen
- Sodbrennen
- Gastritis
- Magengeschwür
- vermehrt Blähungen
- vermehrt Aufstossen
- Helicobacter pylori
- Appetitlosigkeit
- Verstopfung
- Hämorrhoiden
- Durchfall
- Stuhlgang täglich
- Stuhlgang alle 2-3 Tage
- Nahrungsmittel die Sie schlecht vertragen: _____

Haben Sie derzeit Stress? Wenn ja, inwiefern:

Wie ist Ihr Schlafverhalten (Ein-, Durchschlafen)

Trinken Sie Alkohol?

- Ja
 - Wieviel: _____
 - Was: _____
 - Nein

Rauchen Sie:

- Ja, wieviel/Tag: _____
- Nein
- Ex-Raucher, seit: _____

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht abgenommen?

- Ja, wieviel: _____ kg
- Nein

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht zugenommen?

- Ja, wieviel: _____ kg
- Nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Ja
 - Welche? _____
 - Seit wann: _____
 - Oder haben Sie genommen: _____
- Nein

Nehmen Sie häufiger Schmerz- und Schlafmittel? Wenn ja, welche?

Was ist Ihr Anliegen/ Auftrag an mich?

Bemerkungen

Datum _____

Unterschrift _____