



SANDRA BIHL HEILPRAKTIKERIN

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, damit ich Sie ganzheitlich (betrifft Körper, Geist und Seele) optimal behandeln kann, benötige ich möglichst viele Informationen von Ihnen. Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Bitte füllen Sie mir hierfür diesen Anamnesebogen so ausführlich wie möglich und vollständig aus. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Falls Sie Arzt- oder Krankenhausberichte und/oder aktuellere Blut-, Stuhl- oder Urinlaboruntersuchungen vorliegen haben, wäre es hilfreich mir diese zusammen mit dem Anamnesebogen vorzulegen. Vielen Dank.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon Festnetz: _____

Telefon mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Körpergröße: _____

Körpergewicht: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt/Facharzt: _____

Zusatzversicherung für die Behandlung beim Heilpraktiker bei? _____

Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____ seit _____



Welche Beschwerden führen Sie aktuell zu mir?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Welche Auslöser gibt es Ihrer Meinung nach für die Beschwerden? (z.B. Kälte, Stress etc.)

Wodurch verbessern sich Ihre Beschwerden? (z.B. durch ausreichenden Schlaf, Ruhe, Wärme, etc.)

Wodurch verschlechtern sich Ihre Beschwerden? (z.B. durch Kälte, Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel, Alkohol, Stress, Tageszeiten etc.)

Bitte ankreuzen

**Ja Nein Gelegentlich/
Weiß nicht**

Haben Sie öfter erhöhte Temperatur oder Fieber?

Schwitzen Sie nachts häufig?

Haben Sie in den letzten Monaten abgenommen?

Wenn ja, wie viel Gewichtsverlust in welchem Zeitraum?

Leiden Sie (häufig) unter Kopfschmerzen?

Wenn ja, in welcher Region des Kopfes (Stirn, Nacken...)



Bitte ankreuzen

Ja **Nein** **Gelegentlich/
Weiß nicht**

Haben Sie Augenschmerzen, häufig übermüdete Augen,
tränende Augen, trockene Augen, Sehschwäche?

Wenn ja, was genau?

Haben Sie Halsschmerzen, ein Kloßgefühl im Hals oder
Schluckbeschwerden?

Wenn ja, was genau?

Leiden Sie unter Ohrenscherzen, Druckgefühl auf den Ohren,
Schwerhörigkeit oder Tinnitus?

Wenn ja, was genau?

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Typhus/Paratyphus/Ruhr

Tuberkulose (Tbc)

Pfeiffriesches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)

Borreliose

FSME

Corona (COVID-19)

Andere durch Vektoren wie Zecken übertragene Krankheiten
(z.B. Malaria, Gelbfieber etc.)

Grüner Star (Glaukom)

Grauer Star (Katarakt)

Mandelentzündungen

Nasenbluten häufig

Nasennebenhöhlenentzündungen

Schilddrüsenkrankheiten

Lungen-, Rippenfellentzündung, länger anhaltende Bronchitis

Asthma, Heuschnupfen

COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)



Bitte ankreuzen

	Ja	Nein	Gelegentlich/ Weiß nicht
Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von Medikamenten oder Eiweiß etc. Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck seit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschritmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Beine (z.B. durch Diabetes?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbeilagerungen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine, Gallengriß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (z.B. Enzymmangel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffälligkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen Wenn ja, wie oft? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der weiblichen Brustdrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten, Juckreiz, Nesselsucht Wenn ja, was? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervöse oder psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte ankreuzen

Ja **Nein** **Gelegentlich/
Weiß nicht**

Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit) Wenn ja welcher Typ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie (erhöhte Blutfette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht, erhöhte Harnsäurewerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkrheumatismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederholter Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten der Gelenke oder der Wirbelsäule Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche, Unfälle, sonstige Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnwurzelbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgamfüllungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs (einschließlich Leukämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Krankheiten oder Operationen? Welche?

Tragen Sie bereits Teil- oder Totalendoprothesen (z.B. Knie, Hüfte)?

Zusätzliche Fragen an Frauen

Wie oft waren Sie bereits schwanger? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____

Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? Wenn ja bis wann?

Haben/hatten Sie Unregelmäßigkeiten bei der Regelblutung (z.B. zu stark oder zu selten)

Leiden Sie unter trockenen Schleimhäuten? _____



Sonstige Fragen zur Krankengeschichte

Ja Nein Gelegentlich/
Weiß nicht

Haben oder hatten Sie bereits einmal Schimmel in der Wohnung?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?

Wenn ja, wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schmerz- oder Schlafmittel)

Sie können mir auch gerne sofern vorhanden Ihren Medikamentenplan vorlegen.

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Bitte führen Sie die Präparate und Dosierungen jedes einzelnen Mittels auf.

Rauchen Sie gewohnheitsmäßig?

Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Wenn ja, wie viel? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Wenn ja, wie oft? _____

Allgemeinbefinden

Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf? (Wie viel Schlaf, Regelmäßigkeit, Qualität, Ein- oder Durchschlafstörungen, Störungen durch Kinder oder schnarchenden Partner?)

Wie beurteilen Sie Ihre Ausscheidungen auf der Toilette? (Häufigkeit, Regelmäßigkeit, Stuhlkonsistenz, Farbe von Urin und Stuhl, auffälliger Geruch, Blähungen, eventuell Inkontinenz?)



Haben Sie auffallend großen Durst? Was und wie viel trinken Sie gewöhnlich über den Tag?

Wie beurteilen Sie Ihre Essgewohnheiten? (Frühstück, Regelmäßigkeit, Qualität etc.)

Bedrückt oder belastet Sie etwas ernstlich in Beruf, Familie, Partnerschaft oder im Freundeskreis?
(z.B. Lärm am Arbeitsplatz, Pflege von Angehörigen, Streit, Schichtarbeit etc.)

Wogegen wurden Sie die letzten 10 Jahre geimpft?

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige Stresssituation?

Welches Körperteil oder welches Organ würden Sie als Ihre persönliche Schwachstelle bezeichnen?

Wobei entspannen Sie am besten? Wie oft nutzen Sie Entspannungsmöglichkeiten?



Sind in Ihrer Familie (bei Eltern, Großeltern, Geschwister oder Kindern) folgende Krankheiten vorgekommen?

Ja Nein

Sonstige chronischen Erkrankungen oder Erbkrankheiten? Wenn ja welche?

Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit

Übergewicht, Adipositas

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Gicht

Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten

Epilepsie (Krampfanfälle)

Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine

Krebs (einschließlich Blutkrebs)

Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)

Was Sie mir sonst noch mitteilen möchten:

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Bogen bereits vor unserem Erstgespräch zu.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!