

Anamnese – Fragebogen für Patienten:

Liebe Patienten,

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.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus, auch Sachen, die für Sie unwichtig erscheinen, können für mich sehr wichtig sein.

Ich weiß, dass ist ein bisschen Zeitaufwendig, aber umso mehr ich schon vor dem Termin über Sie weiß, umso schneller können wir uns ganz der Behandlung zuwenden.

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrem Termin per Email oder per Post zu.

Vielen Dank

Ihre Miriam Eibl

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Tel. beruflich: _____
PLZ-Ort: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Familienstand: _____
Kinder: _____

Wie sind Sie auf mich Aufmerksam geworden: _____

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK, BKK): _____
- Privatversichert: _____
- Beihilfe: _____
- Selbstzahler: _____

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was sind Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Evtl. Impfausweis mitbringen.

<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Mumps	<input type="radio"/> Röteln
<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Tetanus	<input type="radio"/> Diphtherie
<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> FSME (Zecken)	<input type="radio"/> Grippe
<input type="radio"/> Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gab es übermäßige Reaktionen auf Impfungen? _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Mumps	<input type="radio"/> Röteln	<input type="radio"/> Keuchhusten
<input type="radio"/> Windpocken	<input type="radio"/> Scharlach	<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Malaria
<input type="radio"/> Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="radio"/> Tuberkulose	<input type="radio"/> Tropenerkrankung	<input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten
<input type="radio"/> Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liegen Allergien vor?

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel, wenn ja welche? _____
- Medikamente, wenn ja welche? _____
- Sonstige: _____

Hatten Sie Operationen? Wenn ja wann und welche Operation?

Nehmen Sie Medikamente ein (auch Nahrungsergänzungsmittel)?

Dies ist sehr wichtig für mich, bitte bringen Sie zu Ihrem Termin den Beipackzettel oder das Medikament mit, falls sich bis zu Ihrem Termin etwas geändert haben sollte.

Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Magenerkrankung
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Hormonstörung	<input type="checkbox"/> Orthopädische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Urologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie an einer Erkrankung leiden, erläutern Sie mir bitte, falls nötig, was genau für eine Erkrankung und wie lange diese schon besteht. Z.B. bei Herzerkrankung – Herzinfarkt

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Anzahl der Geburten: _____

Gab es bei den Schwangerschaften / Geburten Probleme?

Wie verhüten Sie? _____

Wie ist Ihre Monatsblutung?

<input type="checkbox"/> regelmäßig Zykluslänge: _____	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> Zwischenblutungen
<input type="checkbox"/> Im Wechsel, Beschwerden?	<input type="checkbox"/>

Wie ist Ihre Verdauung?

<input type="radio"/> Völlegefühl n.d. Essen	<input type="radio"/> Vermehrt Blähungen	<input type="radio"/> Verstopfung
<input type="radio"/> Sodbrennen	<input type="radio"/> Vermehrt Aufstoßen	<input type="radio"/> Hämorrhoiden
<input type="radio"/> Helicobakter Pylori	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Appetitlosigkeit
<input type="radio"/> Stuhlgang täglich	<input type="radio"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage	<input type="radio"/> Stuhlgang alle 4-5 Tage

Zu Ihrer Person:

Größe: _____ Körpergewicht: _____

Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel am Tag und was? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Haben Sie viel Stress? Beruf, Familie etc.? _____

Wie ist Ihr Schlafverhalten? Können Sie gut Ein-, Durchschlafen?

Datum, Unterschrift: _____

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin, falls vorhanden folgendes mit:

(Sie können die Unterlagen auch gern mit dem Fragebogen vor dem Termin zu mir schicken)

- **Aktuelles Differenzialblutbild vom Hausarzt**
- **Aktuelle Befunde, Bilder (wie MRT, Röntgen etc.)**
- **Medikamentenliste, die Sie im Moment einnehmen**

Vielen lieben Dank für Ihre Mithilfe. Ich freue mich auf Sie.