

## **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.**