



# Anamnesebogen

meine  
**GESUNDHEIT**

Lieber Klient

Wir freuen uns sehr, dass Sie sich entschieden haben, unseren neuartigen, ganzheitlichen Analyse- und Behandlungskonzepte in Anspruch zu nehmen. Damit wir die zur Verfügung stehende Zeit optimal nutzen können, haben wir einen Anamnesebogen zusammengestellt, der uns bereits wichtige Informationen zu Ihrem Lebenslauf und Ihren Lebensgewohnheiten vermittelt. Zudem habe Sie die Möglichkeit, wichtige Informationen vorab in Erfahrung zu bringen.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese so gut wie möglich. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zur Erst-Untersuchung mit - wir werden die Angaben mit Ihnen zusammen besprechen. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Name  
\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_  
Gewicht kg  
\_\_\_\_\_  
Grösse cm  
\_\_\_\_\_  
Blutgruppe

## Wohn-Adresse

\_\_\_\_\_  
Strasse/Haus-Nr.  
\_\_\_\_\_  
Plz/Ort

## Kontakt-Daten

\_\_\_\_\_  
E-Mail  
\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.

## Tätigkeiten

\_\_\_\_\_  
erlernter Beruf  
\_\_\_\_\_  
aktuelle Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Freizeit, Sport, Hobby (früher)  
\_\_\_\_\_  
Freizeit, Sport, Hobby (aktuell)

Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

---

---

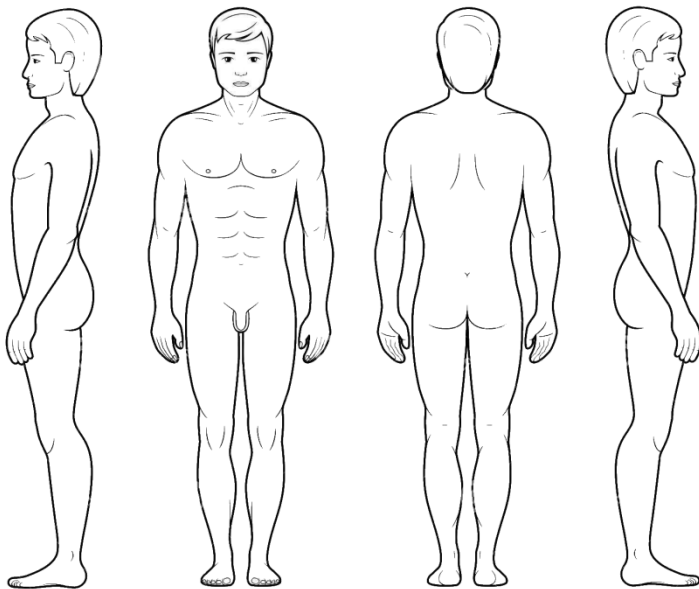
---

Seit wann haben Sie diese und wie äussern sie sich?

---

---

---



Bitte tragen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen in rot, sowie alle Narben in blau ein.

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen. (stechend, brennend, bohrend, reissend, klopfend, drückend)

---

---

Treten die Beschwerden regelmässig oder in einem bestimmten Schema auf?

---

---

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

---

---

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

---

---

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

---

---

Treten am Tag Schwächeanfälle auf?

---

---



## Schlafverhalten

Wie gut schlafen Sie ein? \_\_\_\_\_

Werden Sie nachts wach - und wenn ja wann? \_\_\_\_\_

Wie häufig müssen Sie zur Toilette? \_\_\_\_\_

Wie schnell schlafen Sie danach wieder ein? \_\_\_\_\_

Wie erholt fühlen Sie sich am Morgen? \_\_\_\_\_

Was für ein Bett haben Sie?  
1. \_\_\_\_\_

Was für eine Matratze haben Sie?  
 Boxspring     Federkern     Kautschuk     Schaumstoff     Rosshaar     \_\_\_\_\_



## Verdauung

Wie ist Ihr Stuhlgang?     ..... x täglich     ..... x Woche.     regelmässig     unregelmässig

Konsistenz:     fest     dünn     weich     wässrig     \_\_\_\_\_

Farbe:     weiss     leichtbraun     gelbbraun     dunkelbraun     schwarz

Vorlieben oder Abneigungen:    😊 😐 😞 sauer    😊 😐 😞 süss    😊 😐 😞 würzig    😊 😐 😞 bitter

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sucht nach Süssigkeiten? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Falls ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Falls ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? Falls ja, welche und wie häufig?. \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee? Falls ja, wie viel? \_\_\_\_\_



## weitere Beschwerden

Welche zusätzlichen Beschwerden haben Sie zur Zeit?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_



## Vorbelastungen

Bestehen Familienkrankheiten, erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefässkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten etc.) oder nicht erbliche Belastungen?

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familienmitglieder: \_\_\_\_\_



### Zustand der Zähne

Sind Ihre Zähne in einem einwandfreien Zustand? \_\_\_\_\_ letzte Kontrolle? \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie Amalgam?  nein  weiss nicht  saniert \_\_ Stk  aktuell \_\_ Stk

Trifft folgendes auf Sie zu?  Spange  Implantate  Extraktionen  Wurzelbehand.

Ergänzende Informationen: \_\_\_\_\_



### Medikamentenliste

Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche?

Typ	Produkt	Dosierung	seit	gegen welche Beschwerden
Antibiotika:	_____	_____	_____	_____
Betablocker:	_____	_____	_____	_____
Blutdrucksenker:	_____	_____	_____	_____
Blutverdünner:	_____	_____	_____	_____
Cholesterinsenker:	_____	_____	_____	_____
Hormone:	_____	_____	_____	_____
Insulin:	_____	_____	_____	_____
Opiate:	_____	_____	_____	_____
Schlafmittel:	_____	_____	_____	_____
Schmerzmittel:	_____	_____	_____	_____
Tranquilizer:	_____	_____	_____	_____
Sonstige:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____



### Impfungen

Gegen welche Erreger wurden Sie geimpft? Sind weitere Impfungen geplant? \_\_\_\_\_

allgemeine Impfungen:  Starrkrampf  Keuchhusten  Diphtherie  Polio  
 Pocken  MMR  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Reise-Impfungen:  Gelbfieber  Malaria  Typhus  \_\_\_\_\_

spezifische Impfungen:  Borreliose  Tollwut  Papilloma  \_\_\_\_\_

Grippe-Impfungen:  norm. Grippe  Schweinegr.  Vogelgrippe  Rinderwahn



### Elektrosmog

Natel-Antennen (Anzahl/Distanz):  Wohnort: \_\_ Stk / \_\_ m  Arbeitsplatz: \_\_ Stk / \_\_ m

WLAN / Bluetooth:  Arbeitsplatz  zu Hause  nachts aus  \_\_\_\_\_

Handy/Funk-Telefon:  Arbeitsplatz  zu Hause  nachts aus  \_\_\_\_\_

E-Smog im Schlafbereich:  Radiowecker  Radio/TV/PC  Elektrokabel  Ladestecker

Bitte auf dieser Seite ankreuzen, was auf Sie zutrifft: Die linke Spalte (○) ist für frühere Beschwerden, die rechte Spalte (□) bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeit: bitte Nichtzutreffendes streichen

### ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: täglich / wöchentlich / monatlich  
Wo lokalisiert? \_\_\_\_\_
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme / Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig / morgens / mittags / abends
- doppeltes / verschwommenes Sehen
- Allergien: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen / Tinnitus
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmässiger Herzschlag
- Brustbeklemmung / Brustschmerz
- Herzklopfen / Herzrasen
- kalte Hände / Füsse
- Krampfadern
- Aufgedunsen-Sein / Ödeme

### NIEREN / HARNLEITER

- Nierenentzündungen / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde / Libido
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### SPEZIELL MANN

- Blasenentleerungsstörung
- Prostata-Schmerzen
- Hoden-Schmerzen
- Nebenhodenerkrankung
- erektile Dysfunktion
- Phimose
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### MAGENDARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstossen
- Blutungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### MUSKELN / GELENKE

- verspannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

### HAUT UND HAARE

- Ekzem / Ausschlag
- Psoriasis
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut / Schwitzneigung
- Jucken / Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare
- Hautflecken / Pigmentstörungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübelnd
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit / Niedergeschlagenheit
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

