



Anamnesefragebogen

Heilpraxis Nicole Lehmann-Schuchert | Steinberg 3 | 36466 Dermbach | 01719092318

Name		Geburtstag	
Vorname		Tel. privat	
Straße		Tel. beruflich	
PLZ Ort		Mobil	
Berufliche Tätigkeit		E-Mail	
Kinder (Anzahl)?		Familienstand	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Krankenversicherung: ☐ Gesetzlich, ☐ Privat, ☐ Beihilfe/Post, ☐ Selbstzahler*in,
☐ Zusatzversicherung. **Name der Krankenkasse:**

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bitte nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit.

Nennen Sie die drei wichtigsten Ziele zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes:

1.

2.

3.

Allgemeine Angaben

Körpergewicht		Körpergröße	
Blutgruppe		Blutdruck / Puls	
Trinken Sie Alkohol?		Rauchen Sie?	

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viele Liter und was trinken Sie pro 24h?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Wenn ja – welchen und seit wann?

Wann gehen Sie in der Regel schlafen?

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt?

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit: ☐, häufiges Erwachen (Uhrzeit):
Einschlafschwierigkeiten ☐, Sprechen im Schlaf ☐, Unruhe in den Beinen ☐,
Nachtschweiß ☐, heiße Füße, Zähneknirschen ☐, weitere Anmerkungen zu Ihrem Schlaf:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Diagnostizierte Erkrankung (falls zutreffend ausfüllen):

Akute Beschwerden:

Chronische Beschwerden:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern ☐, Mumps ☐, Röteln ☐, Keuchhusten ☐, Windpocken ☐, Scharlach ☐, Tetanus ☐, Kinderlähmung (Polio) ☐, Malaria ☐, Salmonellose ☐, Ruhr ☐, Pfeiffersches Drüsenfieber ☐, Gonorrhoe (Tripper) ☐, Syphilis ☐, Tropenkrankheiten ☐, Tuberkulose ☐, weitere:

Welche anderen Erkrankungen und Operationen haben Sie durchgemacht?

Was ist unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden geschehen?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Schock, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.:

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister...

z.B. Krebs ☐, Tuberkulose ☐, Geisteskrankheiten ☐, Geschlechtskrankheiten ☐, Selbstmord ☐, Herzkrankheiten ☐, Gefäßkrankheiten ☐, Schlaganfall ☐, Asthma ☐, Zuckerkrankheiten ☐, Rheuma ☐, Nierensteine ☐, Gallensteine ☐, Multiple Sklerose ☐, Gicht ☐, Allergien ☐, Schuppenflechte ☐, Neurodermitis ☐, Migräne ☐, weitere:

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Keine ☐

Z.B. Tuberkulose (BCG) ☐, Polio (Kinderlähmung) ☐, Diphtherie ☐, Tetanus ☐, Hepatitis ☐, Cholera ☐, Gelbfieber ☐, Pocken ☐, Grippe ☐, Zecken ☐, Covid 19 ☐, weitere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.:

Allergien

Haben Sie Allergien? Nein ☐

Ja ☐, gegen:

Pollen, welche:

Lebensmittel, welche:

andere Stoffe, welche:

Kopf

Kopfschmerzen? Nein ☐

Ja: selten ☐, häufig ☐, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion ☐, morgens ☐, abends ☐, doppelseitig ☐, halbseitig links ☐, halbseitig rechts ☐, andere Formen:

Haarausfall? Nein ☐

Ja, kreisrunder ☐, diffuser ☐, andere Formen:
seit wann?

Augenbeschwerden? Nein ☐

Ja: oft Bindehautentzündung ☐, kurzsichtig ☐, weitsichtig ☐, Grauer Star ☐, Makuladegeneration ☐, andere Beschwerden:

Ohrenbeschwerden? Nein ☐

Ja: links ☐, rechts ☐, Tinnitus ☐, seit:
Schwerhörigkeit ☐, seit:
andere Beschwerden:

Zähne & Kiefer?

Amalgamfüllungen: Nein ☐

Ja ☐, entfernt? Nein ☐, ja ☐, wenn ja: wurde eine Ausleitung durchgeführt? Ja ☐, nein ☐
, weitere Zahnfüllmaterialien: Kunststoff ☐, Gold ☐, Keramik ☐, weitere Beschwerden im Bereich Zähne, Kiefer und Mund:

Nase?

Operation nein ☐, ja ☐ - welche?

häufige Nasennebenhöhlenentzündungen ☐, behinderte Nasenatmung ☐, Nase häufig verstopft ☐

Hals & Rachen?

Mandelentfernung/Operation: nein ☐, ja ☐, häufig Mandelentzündung als Kind ☐ und/oder heute ☐

Schilddrüse: Überfunktion ☐, Unterfunktion ☐, Vergrößerung ☐, Knoten ☐, Operation:

Brust und Bauch

Herz

Stechen ☐, Druckgefühl ☐, Rhythmusstörungen ☐, Infarkt ☐, Beklemmungen ☐, Herzrasen ☐, Vorhofflimmern ☐, weitere Beschwerden:

Lunge

Bronchitis ☐, häufig Husten ☐, Asthma ☐, Atemnot ☐
weitere Beschwerden:

Leber

Entzündung – Hepatitis ☐, Fettleber ☐
sonstige Beschwerden:

Galle

Steine ☐, Koliken ☐, Operation ☐, Druck im Oberbauch ☐, Fettunverträglichkeit ☐

Magen

Völlegfühl ☐, Gastritis ☐, Appetitlosigkeit ☐, Nahrungsmittelallergien: , weitere Beschwerden:

Darm

Infektionen ☐, Hämorrhoiden ☐, Blinddarmoperation ☐, Blähungen ☐,
mit Geruch nach:
weitere Beschwerden:

Stuhlgang

Täglich ☐, jeden 2., 3., 4. Tag ☐, unregelmäßig ☐, riecht nach:

Neigung zu Verstopfung ☐, Neigung zu Durchfall ☐, Konsistenz: schnittfest ☐, hart ☐,
knollig ☐, weich ☐, schmierig ☐, fettig ☐, klebrig ☐, Stuhl hell ☐, Stuhl dunkel ☐, Stuhl
übelriechend ☐, kann Stuhl nicht halten ☐, Gefühl, nicht fertig zu werden ☐, ggf. weitere
Auffälligkeiten:

Rücken, Arme, Beine und Haut

Arme / Schulter

Verletzungen ☐, Schmerzen ☐, Tennisellenbogen ☐, Kribbeln ☐, kalte Hände, weitere Beschwerden:

Beine

Verletzungen ☐, Schmerzen ☐, Krampfadern ☐, Operationen ☐, kalte Füße ☐, Kribbeln ☐,
Taubheitsgefühle, weitere Beschwerden:

Rücken

Beweglichkeit eingeschränkt ☐, Verspannungen ☐, Belastungen ☐, Rheuma ☐, weitere Beschwerden:

Haut / Nägel

Verbrennungen ☐, Geschwüre ☐, Hautjucken ☐, Warzen ☐, Pilze ☐, eingewachsene Nägel ☐, Nagelbettentzündungen ☐, weitere Beschwerden:

Narben

Haben Sie durch Verletzungen / Operationen Narben? Nein ☐, ja ☐ (bitte bei Ihrem Besuch unbedingt vorzeigen)

Unterleib / Gynäkologie

Gynäkologische Beschwerden

Ausfluss ☐, Eierstockentzündung ☐, Fehlgeburt/en ☐, Abtreibung/en ☐, Ausschabung/en ☐, Tumore ☐, Zysten ☐, Myome ☐, Geschlechtskrankheiten (welche):
weitere Beschwerden:

Menstruation

Wann hatten Sie Ihre erste Blutung? _____, wann die letzte (ggf.)?
Beschwerden vor ☐, bei ☐, und nach ☐ der Regel, welche:
Klimakterische Beschwerden:

Nehmen Sie Verhütungsmittel?

Nein ☐, ja, welche:

Prostata

Vergrößert ☐, Entzündung jetzt ☐, Entzündung gehabt ☐, Beschwerden beim Wasserlassen, welche:

Niere / Blase

Nierensteine ☐, Entzündungen (häufig) ☐,
weitere Beschwerden:

Harn

Viel ☐, wenig ☐, häufig ☐, nicht einhalten können ☐, Geruch nach:

Sexualität / Libido

Vermindert ☐, verstärkt ☐, unbefriedigt ☐,
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr:

Schmerzfragen

Wo treten die Schmerzen auf?

Bitte in der Illustration kennzeichnen:

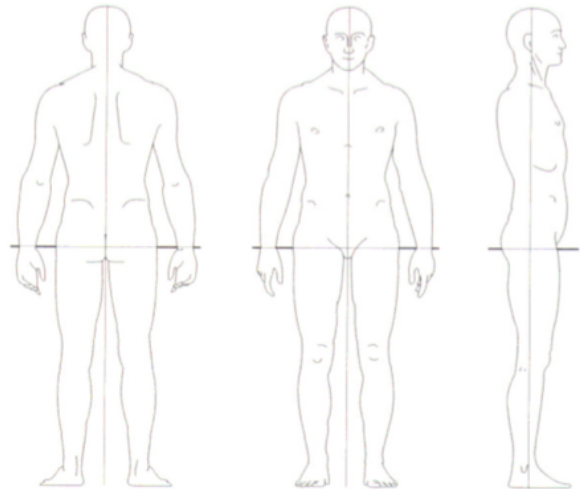
Kreis = punktförmiger Schmerz

Linie = unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil = ausstrahlende Schmerzen

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
schwach			mittel				sehr stark		



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Wie ist das Schmerzempfinden?

Ziehend ☐, brennend ☐, stechend ☐, klopfend ☐, drückend ☐, kolikartig ☐, krampfend ☐, dumpf ☐, beengend ☐, bohrend ☐,

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, gehen, Stress, Kälte, Wärme,

Nahrungsmittel, Husten, Niesen,

Tageszeit:

Wetterlage, welche:

Menstruation ☐,

weiteres:

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe ☐, Schlaf ☐, Bewegung ☐, Kälte ☐, Wärme ☐, Sport ☐, Schmerzmittel ☐,

weitere Ereignisse:

Begleitsymptome zum Schmerz

Hautrötung ☐, Blässe ☐, Schwellung ☐, Berührungsempfindlichkeit ☐, Schweißbildung

☐, Seh- oder Hörstörungen ☐, Gangunsicherheit ☐, Muskelschwäche ☐, Müdigkeit ☐,

Schwindel ☐, Bewegungseinschränkung ☐, weitere:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!