



Andrea Scharf
Gesundheits- und Kneippberatung

Anamnesebogen

Ihre Daten:

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Beruf _____

E-Mail _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen Sie zur Beratung kommen:

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Problematik?

3. Welche Operationen hatten Sie bis jetzt?

4. Liegen irgendwelche Allergien bei Ihnen vor, wenn ja, welche?

5. Haben Sie Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten und / oder Lebensmitteln?

6. Familiengeschichte, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Sonstige |

7. Bei ihnen selbst diagnostizierte Krankheiten, bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> extreme Kariesanfälligkeit |
| <input type="checkbox"/> Parodontose | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkserkrankungen | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | |

8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

9. Blutdruckwerte

niedrig: _____ normal: _____ hoch: _____

10. Zu Ihrer Person

Größe: _____ Gewicht: _____

Welchen Sport treiben Sie regelmäßig?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wieviel und was trinken Sie am Tag?

Was essen Sie am liebsten?

Wogegen haben Sie eine Abneigung?

Haben Sie zur Zeit Stress?

Wie ist zur Zeit Ihr Schlafverhalten?

11. Wie ist ihre Verdauung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl nach dem Essen | <input type="checkbox"/> vermehrt Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobacter pylori |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Magengeschwür |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | |

12. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um ihre Gesundheit zu erhalten?

13. Kontaktdaten des behandelnden praktischen Arztes

Wegen Rücksprachen bezüglich Medikamentenverabreichung und gegebenenfalls Abstimmung, wenn eine Ernährungsumstellung eine Konsultation notwendig machen sollte

Datum, Unterschrift
