



**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

---