

## Anamnesebogen

Name.....

Tel.....

Vorname.....

E-Mail.....

Geburtsdatum.....

Versicherung.....

Adresse.....

.....

Beruf/ derzeitige Tätigkeit.....

### **Liebe Patientin, lieber Patient,**

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, benutzen sie bitte die Rückseite oder ein Extrablatt.

Da auch vermeintlich geringe Ursachen den gesamten Organismus beeinflussen und größere Auswirkungen haben können, ist dieser Fragebogen so umfassend.

Bei den genannten Beispielen genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gern ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte hinzufügen.

Für eine (homöopathische) Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B.: Was verbessert oder verschlechtert die Beschwerden? Wann sind sie erstmalig aufgetreten, welche Körperhälfte ist betroffen?

Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte!

### **Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:**

- alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- ggf. Impfpass
- den ausgefüllten Anamnesebogen

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das entgegengebrachte Vertrauen!**

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

**Schildern Sie bitte schwerpunktmäßig den Grund Ihres Besuches.**

(aktuelle Beschwerden, z.B. Schmerzen, Auslöser Lokalisationen, Ausstrahlung, Verlauf, Begleitsymptome... Was führt Sie zu mir?)

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?**

Gab es eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Operationen, Hautausschläge, Vorerkrankungen oder Ähnliches?

**Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? Trinken Sie Alkohol? Nehmen Sie Drogen?**

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

**Wenn ja, welche?**

Haben Sie Allergien auf bestimmte Wirkstoffe?

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

Gibt es Allergien, Asthma, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Epilepsie  
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herzinfarkt, Rheumatismus, Gicht, Arthrose,  
Arthritis, Nierensteine, Gallensteine, Übergewicht, Diabetes, seelische Erkrankungen, Tuberkulose, Krebs, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten oder Ähnliches?

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?**

**Sind Sie geimpft? Wenn ja, wogegen?**

Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Ihren Impfpass mit.

### **Stichpunktartige Auflistung etwaiger Beschwerden**

#### **Kopf**

z.B. Schmerzen, Schwindel

#### **Haare**

#### **Augen**

z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Tränen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Windempfindlichkeit, Grauer Star, Bindehautentzündungen

#### **Nase**

z.B. Trockenheit der Nase, Niesreiz, Schnupfen,  
verstopfte Nase, Absonderung,  
häufige Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen, Polypen

#### **Hals/ Mandeln**

z.B. Operation, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute

#### **Ohren**

z.B. Probleme links/rechts/beidseitig, Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit,  
Tinnitus

### **Mund**

z.B. Trockenheit, Speichelfluss, Aphten oder Ähnliches?

### **Zähne**

z.B. Zahnbeschwerden, tote Zähne, Füllungen

### **Schilddrüse**

z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Druck-/Kloßgefühl, Entzündungen, Operationen

### **Lunge**

z.B. Bronchitis, Lungenentzündung, Auswurf, Husten (akut/chronisch)

### **Herz**

z.B. Angina, Rhythmusstörungen, Infarkte, Blutdruck

### **Leber/Galle**

z.B. Steine, Völlegefühl, Hepatitis

### **Bewegungsapparat**

z.B. Bewegungseinschränkungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Schmerzen

### **Magen/Darm**

z.B. Verdauungsprobleme, Sodbrennen, Hämorrhiden, Stuhlgang insbesondere!(Frequenz, Beschaffenheit, Aussehen, Beschwerden...)

### **Urogenital**

z.B. häufige Blasenentzündungen, Juckreiz, Infektionskrankheiten, Harnverhalten

## **Gynäkologie**

z.B. Ausfluss, Schwangerschaften vergangene, (eventl aktuelle?), Condylome, Pilzkrankungen, Wechseljahrsbeschwerden

## **Menstruation**

stark/schwach/schmerzhaft

erste Blutung:

letzte Blutung:

Wie verhüten Sie?

## **Sexualität**

z.B. vermindert, vermehrt, schmerzhaft, übertragbare Erkrankungen, erektile Dysfunktion, Operationen,

## **Prostata**

z.B. vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, „Nachträufeln“, Operation

## **Haut**

z.B. Muttermale, Warzen, Ausschläge, Neurodermitis, Pilzinfektion, Herpes, Brennen, Jucken

## **Nägel**

z.B. brüchig, fleckig, Rillen

## **Schlaf (Art & Dauer)**

Schlaflosigkeit, Schlaflage, Träume, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Nachtschweiss

## **Ängste**

Prüfungen, Tiere, Höhen, Dunkelheit, Reiseangst, Existenzängste oder Ähnliches

## **Behandlungsvertrag**

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Bedingungen der Kostenübernahme naturheilkundlicher/ osteopathischer Verfahren unterscheiden sich bei den verschiedenen privaten Krankenkassen und Zusatzversicherungen deutlich. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden sie generell nicht übernommen oder eben nur zum Teil bezuschusst. Die etwaige Differenz zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag Ihrer Versicherung ist daher von Ihnen selbst zu tragen.

Außerdem möchte ich Sie darauf hinweisen, dass dies eine reine Bestellpraxis mit fester Terminvergabe ist. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie daher, diesen spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 80€ in Rechnung gestellt. (§ 615 BGB)

Hamburg, den ..... Unterschrift .....

Zu Gunsten einer möglichst umfassenden Diagnose und wirkungsvollen Behandlung setze ich mich gerne mit mitbehandelnden Therapeuten und Ärzten in Verbindung.  
Sollten Sie dies wünschen, bitte ich Sie mich mit Ihrer Unterschrift von der Schweigepflicht zu entbinden.

Unterschrift .....

Vielen Dank für Ihr Verständnis und das entgegengebrachte Vertrauen.