

## Anamnesebogen

Name.....

Tel.....

Vorname.....

E-Mail.....

Geburtsdatum.....

Versicherung.....

Adresse.....

.....

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

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. 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)
- Impfpass
- den ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen
- ein Foto

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

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

Wo genau, seit wann, wie, und zu welchen Zeiten treten sie auf? Wodurch bessern oder verschlechtern sie sich?

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

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

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

**Wenn ja, welche?**

Bitte bringen Sie eventuelle Beipackzettel mit.

**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?**

**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

### **Urogenital**

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

## **Gynäkologie**

z.B. Ausfluss, Schwangerschaften, Condylome, Pilzkrankungen, Wechseljahrsbeschwerden

## **Menstruation**

stark/schwach/schmerzhaft

erste Blutung:

letzte Blutung:

Wie verhüten Sie?

## **Sexualität**

z.B. vermindert, vermehrt, schmerzhaft

## **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**

Schlaflosigkeit, Schlaflage, Träume, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Nachtschweiss

## **Ängste**

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

## Behandlungsvertrag

Liebe Patienten,

die Bedingungen der Kostenübernahme naturheilkundlicher Verfahren unterscheiden sich bei den verschiedenen privaten Krankenkassen und Zusatzversicherungen deutlich. Von den gesetzlichen Krankenkassen werden sie generell nicht übernommen.

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, anderenfalls wird das volle Honorar 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.



