

ANAMNESEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Beruf: _____ Fam.stand: _____ heutiges Datum: _____

1. **Wegen welchen Beschwerden kommen Sie?**

2. **Seit wann haben Sie die Beschwerden?**

3. **Haben sich die Beschwerden/Schmerzen seither verändert?**

Ja () Nein ()

Durch bestimmte Situationen oder Lebensumstände?

Ja () Nein ()

Wenn ja, durch welche?

4. **Wodurch wurden die Schmerzen gebessert?**

Bewegung () Ruhe () Wärme () Kälte ()

5. **Bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden?**

6. **Haben Sie Empfindungsstörungen wie**

Taubheit () Überempfindlichkeit ()
Wärmegefühl () Kältegefühl () Brennen () Kribbeln ()

7. **Hatten Sie Unfälle?**

Wenn ja, welche und wann?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

bitte wenden →

8. Wurden Sie schon einmal operiert?

Wenn ja, was und wann?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

9. Leiden Sie an einer oder mehreren folgenden Erkrankungen?

hoher Blutdruck ()	niedriger Blutdruck ()	Herz ()
Gefäßkrankung ()	Lunge ()	Magen-Darm ()
Bauchspeicheldrüse ()	Leber-Galle ()	Nieren ()
Prostata ()	Blase ()	Zuckerkrankheit ()
Gicht ()	Fettstoffehöhung ()	Blutungsneigung ()

10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Welche und seit wann?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

11. Sind Sie in homöopathischer/naturheilkundlicher Behandlung?

12. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja () Nein ()

Wenn ja, welchen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?