



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 1 –

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und weitestgehend vollständig aus. Er dient dazu, mir vor Beginn der Behandlung ein Bild über Ihren Gesundheitszustand zu machen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, kennzeichnen Sie diese mit einem „?“

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Strasse, Hausnummer

.....  
Postleitzahl

.....  
Wohnort

.....  
Telefonnummer

.....  
Versicherung

.....  
Beruf

.....  
Körpergröße

.....  
Körpergewicht

.....  
Familienstand

.....  
Aus welchem Grund kommen Sie in meine Praxis ? (Kurze Erläuterung)

### Akute/chronische Beschwerden:

.....  
Was ?

.....  
Wo genau?

.....  
Welche Beschwerden, Intensität?

.....  
Seit wann? Auslöser?

.....  
Verbesserung durch?

.....  
Verschlechterung durch?

.....  
Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt? (ärztl., Heilpraktiker etc. )



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 2 –

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel werden zur Zeit eingenommen?

**Wichtig!** Name der Medikamente und Einnahmeempfehlungen! Medikamente nur nach Rücksprache mit Ihrem Arzt absetzen!

Welche Erkrankungen traten oder treten gehäuft in der Familie auf ? ( Großeltern, Eltern, Geschwister )  
Bsp.: Diabetes , Herz- Kreislauferkrankungen etc.

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Sind Sie unsicher oder verstehen etwas nicht kennzeichnen Sie es mit „?“

### Infektionskrankheiten

- |                                           |                                 |                                                                             |                                          |
|-------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Borreliose       | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Hepatitis .....                                    | <input type="checkbox"/> Pilzinfektionen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose      | <input type="checkbox"/> HIV    | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber<br>(Epstein-Barr-Virus) |                                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |                                 |                                                                             |                                          |

☐ Durchgemachte Kinderkrankheiten .....

☐ Allergien bitte alles angeben: gegen was?/seit wann?/heftige Reaktionen?/Haut?Asthma? etc.  
.....  
.....

☐ Impfungen (Bitte Impfpass mitbringen)

☐ Impfreaktionen .....

☐ Angeborene Erkrankungen.....

☐ Häufig wiederkehrende Erkrankungen;Operationen: Welche? Wann? .....



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 3 –

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Sind Sie unsicher oder verstehen etwas nicht kennzeichnen Sie es mit „?“

### Allgemeine Symptome:

- ☐ Konzentrationsstörungen    ☐ Müdigkeit, erschöpft    ☐ Angst, Schuldgefühle    ☐ mangelnde Belastbarkeit

### Schlaf:

- ☐ Einschlafstörungen    ☐ Durchschlafstörungen    ☐ unruhiger Schlaf    ☐ Bauchlage  
☐ Zusammengerollt    ☐ Schlafwandeln    ☐ Alpträume    ☐ Schwitzen, wo? .....

### Emotionen

- ☐ leicht reizbar    ☐ furchtsam, schreckhaft    ☐ weinerlich, empfindlich    ☐ launisch  
☐ hyperaktiv    ☐ depressiv    ☐ Sonstiges: .....

### Schmerzen

- ☐ Kopfschmerzen    ☐ Migräne    ☐ Nackenschmerzen    ☐ Schulterschmerzen  
☐ Gelenkschmerzen    ☐ Muskelschmerzen    ☐ Schwellungen    ☐ Arthritis  
☐ Rheuma    ☐ Fibromyalgie    ☐ Kieferprobleme    ☐ Zahnschmerzen  
☐ Gelenksteifheit    ☐ Bandscheibenprobleme .....  
☐ Sonstiges: .....

### Kopf

- ☐ häufig Kopfschmerzen  
☐ stechend    ☐ klopfend    ☐ drückend    ☐ pulsierend  
☐ Schwindel    ☐ Epilepsie    ☐ Müdigkeit    ☐ Konzentrationsstörungen  
☐ Sonstiges: .....

### Zähne:

- ☐ Zahnschmerzen    ☐ Parodontose    ☐ Wurzelfüllungen    ☐ Amalgamfüllungen  
☐ Brücken/Kronen    ☐ Prothesen    ☐ Implantate    ☐ Operationen  
☐ Zähneknirschen    ☐ Kiefergelenkbeschwerden  
☐ Sonstiges: .....



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 4 –

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Sind Sie unsicher oder verstehen etwas nicht kennzeichnen Sie es mit „?“

### Augen

- |                                                             |                                               |                                              |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trockene Augen                     | <input type="checkbox"/> tränende Augen       | <input type="checkbox"/> angestrenzte Augen  |
| <input type="checkbox"/> Rötungen                           | <input type="checkbox"/> Brennen              | <input type="checkbox"/> Juckreiz            |
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung                | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Sehstörungen: ..... |
| <input type="checkbox"/> wiederkehrende Erkrankungen: ..... |                                               |                                              |

### Nase

- |                                                |                                               |                                                  |                                         |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polypen               | <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten | <input type="checkbox"/> verstopfte Nase         | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen |
| <input type="checkbox"/> chronischer Schnupfen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen         | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen |                                         |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....      |                                               |                                                  |                                         |

### Mund

- |                                           |                                                 |                                     |                                            |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trockenheit      | <input type="checkbox"/> erhöhter Speichelfluss | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Bläschen, Aphthen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |                                                 |                                     |                                            |

### Ohren

- |                                           |                                         |                                                |                                                |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gehör | <input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen | <input type="checkbox"/> häufig, wiederkehrend | <input type="checkbox"/> Tinnitus/Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> rechts           | <input type="checkbox"/> links          | <input type="checkbox"/> beidseits             |                                                |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |                                         |                                                |                                                |

### Hals

- |                                           |                                             |                                                |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen    | <input type="checkbox"/> Mandelentzündung   | <input type="checkbox"/> Mandeln entfernt      |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit       | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> häufig, wiederkehrend |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |                                             |                                                |

### Haut

- |                                          |                                 |                                        |                                 |                               |
|------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trocken         | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Narben .....    |                                 |                                        |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> Allergien ..... |                                 |                                        |                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges ..... |                                 |                                        |                                 |                               |



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 5 –

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Sind Sie unsicher oder verstehen etwas nicht kennzeichnen Sie es mit „?“

### Körpertemperatur

- ☐ oft zu heiß    ☐ oft zu kalt    ☐ zu viel Schweiß    ☐ zu wenig Schweiß    ☐ häufig Fieber    ☐ Nachtschweiß  
☐ Schwitzen, kalt, heiß, wo? .....

### Lungen

- |                                           |                                           |                                                       |                                          |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma           | <input type="checkbox"/> Allergien        | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis/Husten | <input type="checkbox"/> häufig erkältet |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Verschleimt      | <input type="checkbox"/> trockener Husten             | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit   |
| <input type="checkbox"/> Emphysem         | <input type="checkbox"/> COPD Grad .....  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                  | <input type="checkbox"/> Husten mit Blut |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen     | <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |                                                       |                                          |

### Herz- Kreislauferkrankungen bitte angeben ! Angeborene oder erworbene:

.....  
.....

### Herz

- ☐ Herzklopfen    ☐ Herzflattern    ☐ Brustschmerzen    ☐ Herzinfarkt in .....  
☐ Herzschrittmacher .....    ☐ Sonstiges: .....

### Kreislauferkrankungen

- ☐ kalte Hände/Füße    ☐ Schwindelgefühl    ☐ Taubheitsgefühl    ☐ Ohnmachtsneigung    ☐ Hörsturz  
☐ Sonstiges: .....

### Verdauungsprobleme, Magen- Darm

- ☐ Bauchkrämpfe; Auslöser ? .....  
☐ Übelkeit, Erbrechen, Auslöser? .....  
☐ Durchfall, Auslöser ? .....  
☐ häufig wiederkehrende Beschwerden .....  
☐ Blähungen    ☐ Verstopfung    ☐ Afterjucken    ☐ übermäßiger Appetit    ☐ Appetitlosigkeit  
☐ Gewichtsverlust .....    ☐ Gewichtszunahme .....  
☐ täglich Stuhlgang    ☐ Blut im Stuhl    ☐ Reizdarm  
☐ Sonstiges: .....



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 6 –

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Sind Sie unsicher oder verstehen etwas nicht kennzeichnen Sie es mit „?“

### Wasserlassen:

..... pro Tag

- |                                                |                                              |                                        |                                                            |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schmerzhaft, brennend | <input type="checkbox"/> ständiger Harndrang | <input type="checkbox"/> häufig nachts | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                       |
| <input type="checkbox"/> Bettnässen            | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektionen | <input type="checkbox"/> Blut im Urin  | <input type="checkbox"/> geschwollene Hände, Füße, Gesicht |

### Männer

- ☐ Prostatabeschwerden    ☐ Impotenz

☐ Sonstiges: .....

### Frauen

- |                                                                |                                                    |                                                 |                                          |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen/ Mastitis              | <input type="checkbox"/> Brustkrebs                | <input type="checkbox"/> Brust/Sonstiges: ..... |                                          |
| <input type="checkbox"/> Scheidenjuckreiz                      | <input type="checkbox"/> Candidainfektionen        | <input type="checkbox"/> HPV                    | <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Zysten                                | <input type="checkbox"/> Endometriose              | <input type="checkbox"/> Hysterektomie          | <input type="checkbox"/> Hormontherapie  |
| <input type="checkbox"/> Pille                                 | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeginn ..... | <input type="checkbox"/> PMS-Syndrom            |                                          |
| <input type="checkbox"/> Zykluslänge .....                     | <input type="checkbox"/> unregelmäßig              | <input type="checkbox"/> Dauer Blutung .....    |                                          |
| <input type="checkbox"/> Angabe Beschwerden Menstruation ..... |                                                    |                                                 |                                          |
| <input type="checkbox"/> Menopause .....                       | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden   |                                                 |                                          |
| <input type="checkbox"/> Anzahl Schwangerschaften .....        | <input type="checkbox"/> Anzahl Fehlgeburten ..... |                                                 |                                          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                      |                                                    |                                                 |                                          |

### Neurologische Erkrankungen/Beschwerden

- |                                                          |                                           |                                                |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zittern                         | <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Muskelzuckungen ..... |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                    | <input type="checkbox"/> Lähmungen        | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen       |
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen eingeschränkt ..... |                                           |                                                |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose               | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson | <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demenz      |
| <input type="checkbox"/> Fallneigung .....               | <input type="checkbox"/> Neuralgien       |                                                |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                |                                           |                                                |



## Anamnesebogen Erwachsene

– Seite 7 –

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an. Sind Sie unsicher oder verstehen etwas nicht kennzeichnen Sie es mit „?“

### Denken

- ☐ schlechtes Gedächtnis      ☐ Konzentrationsprobleme      ☐ schwierig klar zu denken  
☐ Sonstiges: .....

### Bewegungsapparat:

- ☐ akute Beschwerden      ☐ chronische Beschwerden      ☐ Muskelschmerzen/-krämpfe  
☐ Muskelschwäche      ☐ Bindegewebsschwäche      ☐ Osteoporose  
☐ Neigung zu Knochenbrüchen      ☐ Polyarthritis  
☐ Sonstiges: .....

### Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde - den ganzen Körper betrachtend. Eine ausführliche weitere Anamnese in einem gemeinsamen Gespräch ist unerlässlich. Bitte bringen Sie bereits erhobene Labor- oder Arztbefunde mit. Das erleichtert die Befunderhebung und körperliche Untersuchung.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben im Anamnesebogen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift