

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

eine gründliche Krankengeschichtenerhebung ist die Voraussetzung, um Ihnen eine umfassende, direkte und für Sie persönlich zusammengestellte Therapie anbieten zu können;

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Geburtstag: _____ Geschlecht: männlich / weiblich
Telefon: _____ mobile Nr.: _____
Krankenkasse: _____ Beihilfeberechtigung : ja nein
Hausarzt: _____ Tel: _____
Facharzt: _____ Tel: _____
Therapeut: _____ Tel: _____
Wer hat mich empfohlen? _____
Beruf: _____ E-mail: _____
Ggf. frühere Berufsausübung: _____
Familienstand: _____
Freizeit, Sport, Hobby: _____
Haben Sie
Allergien/Unverträglichkeiten? _____

Aktuelle Medikamente: _____

Nehmen Sie gerinnungsbeeinflussende Medikamente (Pille, Marcumar, ASS,..)? _____

Nehmen Sie bewusstseins-oder stimmungsbeeinflussende Medikamente (Beruhigungsmittel, Ritalin, Antikonvulsivum, Antidepressiva..)? _____

Rauchen Sie? Wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? _____

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? _____

Wie treten die Beschwerden auf (regelmässig, nach bestimmten Belastungen/Umwelteinflüssen)? _____

Welche Veränderungen mindern die Beschwerden? (z.B. Kälte, Wärme, Körperhaltung, Bewegung Ruhe, Stress, Essen): _____

Was verstärkt Ihre Beschwerden? _____

Wie ist dann Ihr Gemütszustand? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.) _____

Werden Sie nachts wach? Einschlafstörungen ja nein Durchschlafstörungen? ja nein
Ursache/erstmalig auftretend? _____

Treten am Tag Schwindelanfälle auf? ja nein

Seit wann? An bestimmte Ereignisse/Konstellationen gebunden? _____

Welche WEITEREN BESCHWERDEN haben Sie zurzeit?

1. _____
2. _____
3. _____

Gab es Gewichtsveränderungen? _____

Haben Sie Beschwerden bei bestimmten Speisen/Getränken? _____

Hatten Sie Kinderkrankheiten? (Windpocken, Masern, Röteln, Mumps, Scharlach) ja nein

Welche? Wurden diese mit Antibiotika behandelt? _____

Wie ist Ihr Stuhlgang? _____ x Täglich / _____ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,
Konsistenz :fest/dünn/weich/wässrig. Farbe: hell/braun/gelbbraun/dunkelbraun/schwarz

Familienkrankheiten:

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Kopf:

Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich ja nein

Wo treten diese auf? _____

Sind diese von bestimmten Faktoren abhängig: _____

Doppeltes- / verschwommenes Sehen ja nein _____

Bewegungsapparat / Haut

Rheuma ja nein ; befallene Gelenke/Organe: _____

Hautkrankheit ja nein; welche: _____ Therapie: _____

Schleimhautrekrankungen (wie Herpes, andere Entzündungen) ja nein;

welche: _____ Therapie: _____

geschwollene Drüsen, Haut ja nein

Ekzem / Ausschlag ja nein Lokalisation: _____

trockene Haut / Schweißneigung ja nein

kalte Hände / Füße ja nein _____

Juckreiz ja nein

Haarausfall / spröde Haare ja nein zu bestimmten Zeiten, immer?

Herz und Gefäße/Blut:

hoher / niedriger Blutdruck ja nein

Gefäßverkalkung ja nein

unregelmäßiger Herzschlag, bekannte Herzerkrankungen bzw EKG-Veränderungen ja nein

Herzklopfen ja nein

Herzerkrankungen ja nein Medikamenteneinnahme: _____

Schmerz / Brustbeklemmung ja nein

schnell blaue Flecke ja nein

Krampfadern ja nein Stadium: _____ Therapie: _____

Ödeme, Schwellungen-- wo? ja nein

Blutungen (Zahnfleisch, Darm, Hämorrhoiden..) ja nein _____

Atemwege:

Asthma ja nein Medikamenteneinnahme: _____

chronischer Husten/chronische Erkältung: ja nein

Halsschmerzen / Entzündungen: ja nein

Nasennebenhöhlenentzündungen: ja nein

Ohrensausen: ja nein

Tinnitus/Hörsturz: ja nein _____

Urinveränderungen: ja nein Art der Veränderung: _____

Innere Organe / Stoffwechsel:

Diabetes mellitus: ja nein insulinpflichtig: ja nein ; orale Medikamenteneinnahme: ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein Medikamenteneinnahme: _____

Magenerkrankung ja nein Medikamenteneinnahme: _____

Darmerkrankungen ja nein Art: _____

Gicht ja nein Medikamenteneinnahme: _____

Fettstoffwechselstörung ja nein Medikamenteneinnahme: _____

Lebererkrankung ja nein Medikamenteneinnahme: _____

Gallensteine ja nein _____

Nieren/ableitende Gefäße:

Schmerzen beim Wasserlassen: ja nein

Nieren-/Harnröhren-/Prostataerkrankung ja nein; welche: _____ OP: _____

Nierenentzündung / Nierensteine ja nein;

Blasenentzündung ja nein;

Tumorerkrankung ja nein Lokalisation: _____

Therapie: _____

Gemütsverfassung/-änderung:

Depression ja nein Medikamenteneinnahme/Therapie: _____

Gemütskrankheiten: ja nein _____

Infektionskrankheiten:

Nach Auslandsaufenthalten: ja nein; _____

Geschlechtskrankheiten ja nein; _____

Auslandsbesuche –evlt mit Infektionskrankheiten oder Impfschäden: _____

Sonstige Erkrankungen:

FRAU:

schwanger ja nein

Frühere Schwangerschaften ja nein (falls Probleme, welche): _____

Alter erstmalige Menstruation: _____ Beginn Menopause: _____

Schmerzhafte / unregelmäßige / starke / leichte / lange / kurze Menstruation (bitte einkreisen)
prämenstruelles Syndrom: ja nein

Wichtige Lebensänderungen (eigene Erkrankung, Tod eines Angehörigen, Scheidung, Erkrankung des Partners, Operationen, Unfälle, grosse Zahnbehandlungen, etc....):

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Osteopathen, Physiotherapeuten, Chiropraktikers, Facharztes, Heilpraktikers, Homöopathen, Akupunkteurs, usw. gewesen? Wenn ja, welche Therapieform wurde angewendet?

Ich versichere, dass ich nach meinem Wissen die Daten vollständig und wahrheitsgemäss angegeben habe;

Fr. Strauss Laurentia hat mich im Rahmen des Vorgesprächs darüber aufgeklärt, dass sie keine Heilversprechen abgeben darf.

Fr. Strauss Laurentia hat mich ebenso auf die entstehenden Kosten hingewiesen.

Ort, Datum Unterschrift Patient/In

Ort, Datum Unterschrift Heilpraktiker/Strauß Laurentia
