

## Anamnesebogen

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ/Wohnort .....

Telefon/Mobil .....

@mail: .....

Beruf .....

Familienstand/ Kinder: ..... Geburtsdatum: .....

Welche aktuellen Beschwerden haben/belasten Sie?

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?                      JA                      NEIN

Wenn ja, weswegen?

.....

Hatten Sie Vorerkrankungen (OP's, Brüche, Infektionen)?    JA                      NEIN

Wenn ja, welche?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                      JA                      NEIN

Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie Allergien?    JA                      NEIN

Wenn ja, welche?

.....

Besteht eine Schwangerschaft?    JA                      NEIN

Haben/Hatten Sie eine Herz-Kreislauf-Erkrankung                      JA                      NEIN

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?    JA                      NEIN

Wenn ja, wieviel täglich und welche Art von Alkohol?

.....  
Rauchen Sie? JA NEIN

Sind Sie beruflich oder privat  
besonderen Schadstoffen ausgesetzt? JA NEIN

Wenn ja, welchen?  
.....

Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz besonderen Belastungen  
ausgesetzt? (körperliche Arbeit, Schichtdienst, Mobbing) JA NEIN

Leiden Sie unter beruflichem Stress? JA NEIN

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren? JA NEIN

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?  
JA NEIN

Leiden Sie an Diabetes Typ 1 oder Typ 2? JA NEIN

Ist Ihr Schlaf erholsam? JA NEIN

Haben Sie Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten? JA NEIN

Fühlen Sie sich erschöpft/ausgelaugt? JA NEIN

Sind Sie nervös? JA NEIN

Leiden Sie unter psychischen Problemen  
(Zwänge, Ängste)? JA NEIN

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? JA NEIN

Wenn ja, wo treten Sie auf?  
.....

Beschreiben Sie den Schmerz (bohrend, ziehend, stechend)?  
.....

Leiden Sie unter Schwindel? JA NEIN

Haben Sie Probleme mit den Augen? JA NEIN

Sind Sie anfällig für Infekte? JA NEIN

Leiden Sie an Durchfall/Verstopfung/Blähungen? JA NEIN

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten JA NEIN

Wenn ja, welche und welche Beschwerden treten auf?  
.....

Leiden Sie unter Übelkeit/Erbrechen? JA NEIN

Leiden Sie unter Sodbrennen? JA NEIN

Leiden Sie unter Magenschmerzen? JA NEIN

Ist bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung diagnostiziert?	JA	NEIN
Leiden Sie unter geschwollenen/schmerzhaften Gelenken/Beinen?		
	JA	NEIN
Leiden Sie unter Krampfadern?	JA	NEIN
Haben Sie nachts Wadenkrämpfe?	JA	NEIN
Haben Sie Probleme mit den Zähnen/sind sie in Behandlung?		
	JA	NEIN
Essen Sie täglich Fleisch und/oder Fisch?	JA	NEIN
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?	JA	NEIN
Wenn ja, welche?		

.....

Haben Sie Narben durch Operationen oder Verletzungen?	JA	NEIN
Wenn ja, wo?		

.....

Leiden Sie des öfteren unter Pilzinfektionen?	JA	NEIN
Betreiben Sie Sport?	JA	NEIN
Haben Sie in letzter Zeit eine Blutuntersuchung gemacht?	JA	NEIN
Wenn ja, welche Werte waren auffällig?		

.....

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:** Ihre Daten werden bei uns im Institut gespeichert und sind nicht für die Weitergabe an Dritte gedacht. Als Ausnahme gilt die Einholung von Expertisen unserer ärztlicher Partner im Netzwerk. In diesem Fall werden vereinzelt Gesundheitsdaten weitergegeben, jedoch nach Abklärung von Diesen wieder gelöscht.

Datum:  
.....

Unterschrift:  
.....