



Bettina Ritter
Heilpraktikerin

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus, damit wir Ihre Krankengeschichte umfassend erheben können. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Beruf:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Anlass Ihres Praxisbesuches/aktuelle Beschwerden:



Allgemeine Fragen		
Besteht eine aktuelle Erkrankung? Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird diese Erkrankung bereits behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie wird diese Erkrankung behandelt?		
Ist Ihr behandelnder Arzt über Ihren Besuch beim Heilpraktiker informiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie seit welchem Zeitraum ein?		
Besteht Unverträglichkeit gegen bestimmte Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, gegen welche Medikamente?		
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geburtsjahr des letzten Kindes?		
Wurde bei Ihnen die Gebärmutter und/oder die Eierstöcke entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen die Prostata entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, beschreiben Sie Symptome und Verlauf		
Sehen Sie sich aktuell großen Problemen/Sorgen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie aktuell oder des Öfteren unter Fieberzuständen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie hoch ist Ihr täglicher Alkoholkonsum?	Menge:	
Welche Sorte Alkohol konsumieren Sie (Wein, Bier, Spirituosen, Alcopops)		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten/Zigarren rauchen Sie pro Tag?		



Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie über einen längeren Zeitraum größeren Durst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktose, Histamin, Glutamat)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Allergien (Hausstaub, Blütenpollen, etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Haut		
Haben Sie Hautveränderungen festgestellt (Schuppen, Hautspannungen, Hautverfärbungen, Ödeme, Melanome o.ä.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie ein Jucken Ihrer Haut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heilen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kopfbereich und Halsbereich		
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Augenprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Probleme beim Hören?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Probleme mit Ihrer Nase (Schwierigkeiten beim Atmen durch die Nase, Nasenbluten, ...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Halsprobleme (Schluckbeschwerden, Heiserkeit, vergrößerte Schilddrüse, ...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Brustbereich		
Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Blut im Auswurf enthalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Asthmaanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen, Herzjagen, ...?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bauchbereich		
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann und in welcher Form?		
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Probleme beim Stuhlabgang (Durchfall, Verstopfung, Schmerzen, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Veränderungen des Stuhles in Beschaffenheit, Farbe, Menge?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Enthält Ihr Stuhl Blut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hände und Arme		
Leiden Sie unter geschwollenen oder steifen Gelenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihre Hände tagsüber und/oder nachts ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Händezittern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefühlsstörungen in den Händen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beine und Füße		
Haben Sie Schmerzen in den Beinen und/oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie nächtliche Wadenkrämpfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Probleme beim Gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwellen Ihre Beine oder Füße an?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefühlstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Hüfte, Knien, Fußgelenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Harn- und Geschlechtsorgane		
Haben Sie Schmerzen im Nierenbereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen beim Harnlassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Veränderung im Harn (Harnmenge, Harnfarbe, Blut, ...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie ein Austreten von Sekret aus der Harnröhre festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Austreten von Sekret aus der Scheide festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden im weiblichen Brustbereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden bei der Regelblutung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Corona Impfstatus		
Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft?		
Wann war die letzte Impfung?		
Womit wurden Sie geimpft?		
Haben Sie eine Coronainfektion durchgemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie oft und wann?		

Mir ist bekannt, dass eine Behandlung beim Heilpraktiker eine ärztliche Diagnostik bzw. Therapie ggfs. nicht ersetzen kann.

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ort, Datum

Unterschrift