



**Heilpraxis**  
Jennifer Kaden

## Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Darf ich ihnen die Rechnung per Email zusenden? Ja  Nein

**1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?**

---

---

---

---

---

**2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Stress  
Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?**

---

---

---

---

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Oder Infektionskrankheiten?**

Wenn ja, bitte ankreuzen:

Masern  Röteln  Windpocken  Hepatitis   
Mumps  Scharlach  EBV/Mononukleose

**4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Blinddarm
- Mandeln
- Sonstiges  \_\_\_\_\_

**5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:**

- Heuschnupfen
- Penicillin
- Pollen
- Metalle
- Nahrungsmittel, bitte nennen: \_\_\_\_\_
- Sonstige Allergien, bitte nennen: \_\_\_\_\_
- Tierhaare
- Lidocain
- Milben
- Hausstaub
- Acetylsalicylsäure(Aspirin)

**6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Erbkrankheiten
- Sonstige \_\_\_\_\_
- Diabetes
- Asthma
- Krebs
- Fettstoffwechselstörung
- Lungenerkrankung
- Arteriosklerose

**7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:**

- Anzahl Schwangerschaften \_\_\_\_\_
- Anzahl Geburten \_\_\_\_\_
- Einnahme der Pille ja  nein
- Monatsblutung: regelmäßig  schmerzhaft  unregelmäßig

**8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Zu Ihrer Person**

- Größe \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_
- Anzahl Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_
- Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? \_\_\_\_\_
- Sind Sie geimpft? \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? \_\_\_\_\_

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wie ernähren sie sich hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Haben sie Abneigung gegen gewisse Nahrungsmittel? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Stress? Wenn ja welchen? \_\_\_\_\_

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen) \_\_\_\_\_

**10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:**

Bluthochdruck

Diabetes

Magenerkrankung

Nierenerkrankung

Hautkrankheit

Rheuma

Herzerkrankungen

Depression

Gicht

Fettstoffwechselstörung

Lebererkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Gallensteine

Tumorerkrankung

Asthma

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**11. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub**

**12. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

Amalgam

Amalgam entfernt

Kunststoff

Gold

Keramik

Weisheitszähne vorhanden? Ja  Nein

Implantate? Ja  Nein

**13. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:**

Völlegefühl n. d. Essen

Vermehrt Blähungen

Verstopfung

Sodbrennen

Vermehrt Aufstoßen

Hämorrhoiden

Gastritis

Helicobacter Pylori

Durchfall

Magengeschwür

Appetitlosigkeit

Stuhlgang täglich

Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: \_\_\_\_\_

**14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.**

---

---

**15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?**

---

---

---

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_