

## Anamnesebogen

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

**Bitte füllen sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu.**

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis Silvia Fath

**Name**

**Anschrift**

**Geburtsdatum**

**Telefon**

**Email**

**Beruf**

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

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

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:**

Masern

Röteln

Windpocken

Mumps

Scharlach

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

- Blinddarm
- Mandeln
- Eierstöcke/Gebärmutter
- Gallenblase
- Sonstiges

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

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen       | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub          |
| <input type="checkbox"/> Penicillin         | <input type="checkbox"/> Lidocain  | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure |
| <input type="checkbox"/> Pollen             | <input type="checkbox"/> Milben    | (z.B. Apsirin)                              |
| <input type="checkbox"/> Metalle            | _____                              |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel:    | _____                              |   |
| <input type="checkbox"/> Medikamente:       | _____                              |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien | _____                              |   |

**6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt    | <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges      | _____                             |  |

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

Anzahl Schwangerschaften \_\_\_\_

Anzahl Geburten \_\_\_\_

Anti Baby Pille

ja

nein

Monatsblutung

regelmäßig

schmerzhaft

unregelmäßig

Wechseljahre

Menopause seit: \_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_

Naturheilpraxis Silvia Fath, Mechenstraße 57, 53129 Bonn

## 8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

## 9. Zu Ihrer Person:

Größe:

Körpergewicht:

Anzahl Zigaretten/Tag:

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie am Tag?

Was essen sie am Liebsten?

Welche Abneigungen haben sie gegen Nahrungsmittel?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

(Ein-, Durchschlafen)

## 10. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt? Bitte ankreuzen:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Asthma           | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Gicht            | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Depression       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine      | <input type="checkbox"/> Nierensteine     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten    | <input type="checkbox"/> Krebs            |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges         | _____                                     |  |

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

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

- Amalgam                       Amalgam entfernt                       Kunststoff  
 Gold                               Keramik                               Lungenerkrankung
- Weisheitszähne vorhanden!?!?     ja                               nein  
 Implantate                               ja                               nein

**13. Wie ist Ihre Verdauung? Bitte ankreuzen:**

- Völlegefühl n.d. Essen     Vermehrt Blähungen                       Verstopfung  
 Sodbrennen                       Vermehrt Aufstoßen                       Hämorrhoiden  
 Gastritis                               Heliobakter Pylori                       Durchfall  
 Magengeschwür                       Appetitlosigkeit                       Stuhlgang täglich  
 Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen?

**14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild auffällig? Ggf. mitbringen.****15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?**

**Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_