



Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie kommen zum ersten Mal in meine Praxis. Ich freue mich Sie kennen zu lernen.

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen kann ich Ihren Gesundheitszustand, die Vorgeschichte Ihrer Beschwerden/Erkrankungen besser verstehen und die bisherigen medizinischen und therapeutischen Behandlungen einordnen. Die Daten werden nur zum Zweck der Anamnese und Diagnosestellung erhoben. Kreuzen Sie zutreffenden Punkte an und ergänzen Sie wichtige, nicht abgefragte, Themen. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen aus und bringen Sie ihn zur Erstkonsultation mit. Vielen Dank.

Persönliche Daten

| | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | |
| Familienstand | |
| Telefon / Mobil | |
| eMail | |
| erlernter Beruf / ausgeübter Beruf | |
| Anzahl Kinder / Schwangerschaften / Geburten | |
| Größe / Gewicht | |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich Tarif Naturheilkunde <input type="checkbox"/> Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |

Aktuelle Erkrankung / Beschwerden / Grund der Vorstellung in meiner Praxis

.....

.....

.....

Schmerzen

Bitte schätzen Sie ein:

0 = keine Schmerzen bis

10 = stärkster vorstellbarer Schmerz



Bisher erfolgte Behandlungen / Therapien dieser Erkrankung / Beschwerden

.....

.....

Aktuelle Medikamenteneinnahme ggf. Medikamentenplan beifügen

| Medikament auch Hormone, Bedarfsmedikation, Nahrungsergänzung etc. | Dosierung | Stärke |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| | | |
| | | |

Vorerkrankungen und Operationen ggf. weiteres Blatt beifügen

| Jahr | Erkrankung / Operation | Praxis / Klinik | Behandler | Therapieerfolg |
|------|------------------------|-----------------|-----------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

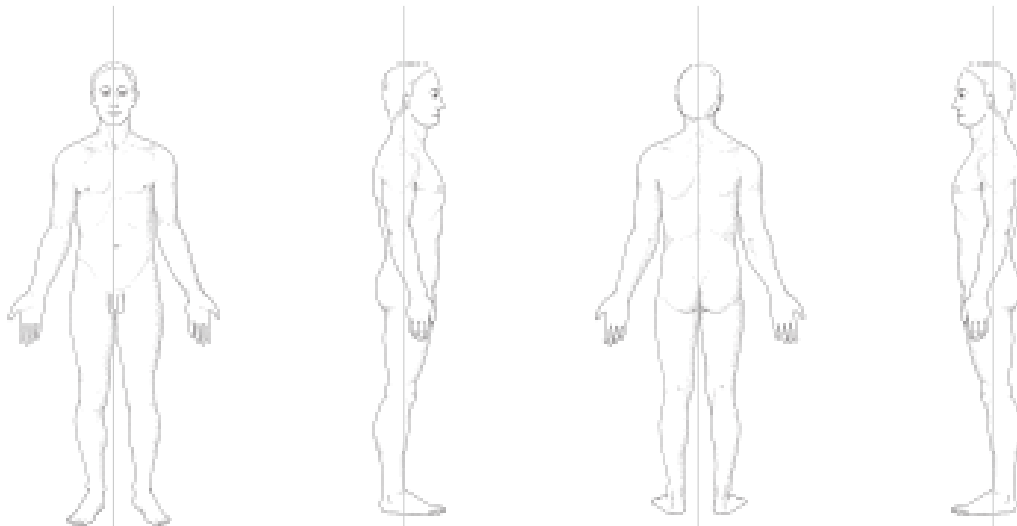
Haben Sie Narben? Haben Sie Beschwerden aufgrund dieser Narben? Grund / Art / Aussehen

.....

.....

.....

Markieren Sie im Bild bitte alle Stellen an denen sich Narben befinden.



Leiden Sie unter wiederkehrenden Krankheiten / Symptomen / Schwächen? ggf. weiteres Blatt

| Jahreszeit | Erkrankung / Symptom / Schwäche | Behandlung | Therapieerfolg |
|------------|---------------------------------|------------|----------------|
| | | | |



Beschreiben Sie Ihren Allgemeinzustand

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Es geht mir / Ich fühle mich: | |
| Wie schlafen Sie? | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht, weil |
| Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? | |
| Wann schlafen Sie? | von Uhr bis Uhr |
| Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil |
| Schlafen Sie durch bis zum Aufstehen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil |
| Wachen Sie zu bestimmten Zeiten regelmäßig auf? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Uhrzeit |
| Müssen Sie zu bestimmten Zeiten zur Toilette? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Uhrzeit(en) |
| Nehmen Sie Medikamente zum Einschlafen oder Durchschlafen? (wenn ja welche und Dosis) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wie erholsam ist Ihr Schlaf? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlecht |
| Wie fühlen Sie sich nach dem Schlaf? | <input type="checkbox"/> erholt <input type="checkbox"/> nicht erholt, weil |
| Während des Schlafes können verschiedene Beschwerden auftreten. Bitte markieren Sie zutreffendes: | <input type="checkbox"/> Schwitzen <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> Zähneknirschen <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf <input type="checkbox"/> unruhige Beine <input type="checkbox"/> Schlafwandeln <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Schlechte Träume <input type="checkbox"/> Schlaf nur in einer Position / Haltung, |
| Welche Geräte befinden sich am Schlafplatz oder im Raum? (Wasserbett, Funkwecker, TV, Computer, Handy) | |
| Wie viel Trinken Sie täglich? (Trinkmenge in Liter) | |
| Haben Sie oft Durst? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil |
| Stillt Trinken Ihren Durst? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Was trinken Sie? | |
| Wann trinken Sie? | <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts <input type="checkbox"/> Zu Mahlzeiten <input type="checkbox"/> zur Medikamenteneinnahme |
| Wann nehmen Sie Mahlzeiten ein? | <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Nachts <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeiten <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |
| Gibt es bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |



Beschreiben Sie Ihren Allgemeinzustand

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gibt es regelmäßige Reaktionen auf die Mahlzeiten? (sofort Stuhlgang, Übelkeit, Sodbrennen, Erbrechen...) | |
| Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Speisen oder Getränke? | |
| Lieben Sie bestimmte Speisen oder Getränke? | |
| Wie viele Tassen Kaffee und Tee trinken Sie täglich? | Kaffee Tee |
| Wie viel Alkohol trinken Sie täglich? | Bier Sonstiges (Was?) |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Sonstiges (Was?) |
| Neigen Sie zu erhöhter Temperatur und Fieber? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil |
| Bekommen Sie Fieber? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil |
| Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil |
| Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? Gibt es Auffälligkeiten? (Geruch, Aussehen...) | |
| Wie oft haben Sie Stuhlgang? | <input type="checkbox"/> 1 x täglich <input type="checkbox"/> mehrfach <input type="checkbox"/> alle Tage <input type="checkbox"/> ungleich |
| Leiden Sie unter: | <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| Wie oft müssen Sie Wasser lassen? | <input type="checkbox"/> am Tag <input type="checkbox"/> Nachts <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Gibt es Auffälligkeiten? (Geruch, Aussehen...) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wo am Kopf? In welcher Situation? Wie fühlen sich diese an? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Ohrenscherzen? Welches Ohr? In welcher Position/ Situation? Ohrgeräusche? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Problemen der Nase oder der Nasennebenhöhlen? Welche? Wann? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Problemen im Mundbereich? Trockener Mund, eingerissene Mundwinkel...? Wann? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Zahn- oder Zahnfleischproblemen? Tragen Sie Zahnersatz? Wurzelbehandelte Zähne? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Entzündungen der Rachenmandeln? Wann? Wie oft? Wurden die Mandeln entfernt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Augenproblemen? Wann? Wie oft? Tragen Sie eine Sehhilfe? Was? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Kopfhautproblemen? Wann? Welche? Bemerkten Sie verstärkten Haarausfall? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Färben Sie Ihre Haare? Mit welchem Mittel? Was ist Ihre originale Haarfarbe? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Gibt es Veränderungen an Ihren Nägeln, am Nagelbett oder an der Form der Finger? Beschreiben Sie bitte. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |



Beschreiben Sie Ihren Allgemeinzustand

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leiden Sie unter Problemen der Haut? Trockene Haut, Ausschlag, Juckreiz, Entzündungen? Wo? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Luftnot? Wann? | <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> beim Treppesteigen <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> im Liegen <input type="checkbox"/> andere Situation, welche |
| Wurde Ihre Lunge bereits einmal geröntgt? Wann? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil |
| Leiden Sie unter Husten? Seit wann? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Husten mit Auswurf? Welche Farbe? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Gelenkbeschwerden? Wann? Welche Gelenke sind betroffen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Beschreiben Sie die Beschwerden und Schmerzen: | |
| Leiden Sie unter Problemen der Wirbelsäule? Wann? Welcher Bereich der Wirbelsäule ist betroffen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Beschreiben Sie die Beschwerden und Schmerzen: | |
| Hatten Sie einen Unfall mit Schleudertrauma? Wann? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Hatten Sie bereits Knochenbrüche? Wann? Wo? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Wurde bereits einmal die Knochendichte gemessen? Wann? Mit welchem Ergebnis? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Haben Sie Implantate oder Prothesen? Seit wann? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter angeborenen Gelenkfehlstellungen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 12 Wochen verändert? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil |
| Wieviel Gewicht haben Sie verloren? Wieviel Gewicht haben Sie zugenommen? | <input type="checkbox"/> Abgenommen kg <input type="checkbox"/> Zugenommen kg |
| Leiden Sie unter Krampfadern? Seit wann? Wo? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Leiden Sie unter Ödemen /oder Wassereinlagerungen? Seit wann? Wo? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Was tun Sie in Ihrer Freizeit? Beschreiben Sie bitte. | |
| Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie regelmäßig aus? | |
| Zu welcher Tageszeit sind Sie am leistungsfähigsten? Gibt es Schwankungen im Tagesverlauf? Wie? | |
| Leiden Sie oft unter Infekten? Wie schätzen Sie den Zustand Ihres Immunsystems ein? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika eingenommen? Welches? Warum? | |



Erzählen Sie mir von Ihren Haustieren: Welche Haustiere gibt es? (Wohnungskatzen?)

.....
.....

Gibt es Konflikte in der Familie oder im Berufsalltag, welche Sie belasten?

.....
.....

Haben Sie aus diesem Grund gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?

.....
.....

Haben Sie in den letzten 12 Wochen Impfungen erhalten? Welche?

.....
.....

Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft? Wann?

.....
.....

Wurden in den letzten 12 Wochen Amalgamfüllungen ersetzt? Wann?

.....
.....

An welchen der folgenden Krankheiten waren Sie bereits einmal erkrankt? Wann?

- | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Salmonellen |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Ikterus | <input type="checkbox"/> Borelliose |

Waren Sie bereits einmal an einer tropischen Krankheit erkrankt? Welche? Wann?

.....
.....

Leiden Sie unter Unruhezuständen, Ängsten oder Depressionen ? Welche? Wann?

.....
.....

Vermuten Sie gesundheitliche Belastungen aufgrund Ihrer Wohnsituation?

Beispielsweise durch nasse Wände, Schimmelpilzbefall, Wandfarben, Möbelwerkstoffe, Hochspannungsleitungen ...

.....
.....

Gibt es in Ihrer Familie ein häufiges Auftreten von Allergien oder Hauterkrankungen, chronischen Leiden, schweren Infektionen oder Tumorerkrankungen?

(Großmütter, Großväter, Mutter, Vater, Geschwister, Kinder)

.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ihre personenbezogenen Daten werden auf der Grundlage der Artikel 6 und 7 der DSGVO von der Praxis Theramedica Heike Eikemeier gespeichert und ausschließlich nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen genutzt und verarbeitet. Die Datenschutzvereinbarung laut DSGVO können Sie auf der Internetseite www.Praxis-Eikemeier.de einsehen.