

Anamnesebogen

| | | | |
|---|---|-----------|---|
| Name: | Vorname: | | |
| Strasse: | PLZ/Wohnort: | | |
| Telefon: | Mobiltelefon: | | |
| Beruf: | E-mail: | | |
| Geburtsdatum: | Größe und Gewicht: | | |
| Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet | Kinder: (Geschlecht und Alter) | Schwanger | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat bei: | Heilpraktiker-Zusatzversicherung? bei: | | |
| Wie haben Sie mich gefunden? <input type="checkbox"/> Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Google Maps <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | Falls ja, Woche: | | |

| | |
|---|---|
| <p>Erfahrung mit Entspannung und Körpertherapie?</p> <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Progressive Muskelentspannung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Meditation <input type="checkbox"/> Osteopathie <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <p>Stresslevel aktuell? 0= entspannt; 10= extrem gestresst</p> <p> ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>seit wann?</p> <p>Welchen Grund könnte es hierfür geben?</p> |
|---|---|

| Hauptbeschwerden weswegen Sie hier sind und seit wann bestehen diese? | bemerkt/ störend seit Monat/Jahr | Intensität/ Schmerz 10= max. | Wichtigkeit für Sie 10= max. |
|--|--|------------------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Was war vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Hauptbeschwerden?

- Erkrankung
 Trauer/Kummer
 Schreck/Schock
 Operation(en)
 Unfall
 anderes: _____

Welche Medikamente, Nahrungsmittelergänzung etc. nehmen Sie regelmäßig wofür ein?

Wie oft? **Dosierung?** **Seit wann?**
 z.B. 3x tägl. z.B. 200 mg

| Medikament / Ergänzung | Wie oft? | Dosierung? | Seit wann? |
|------------------------|----------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Welche Operationen, Krankenhausaufenthalte, Stürze, Unfälle hatten Sie bisher? Wann/Dauer?

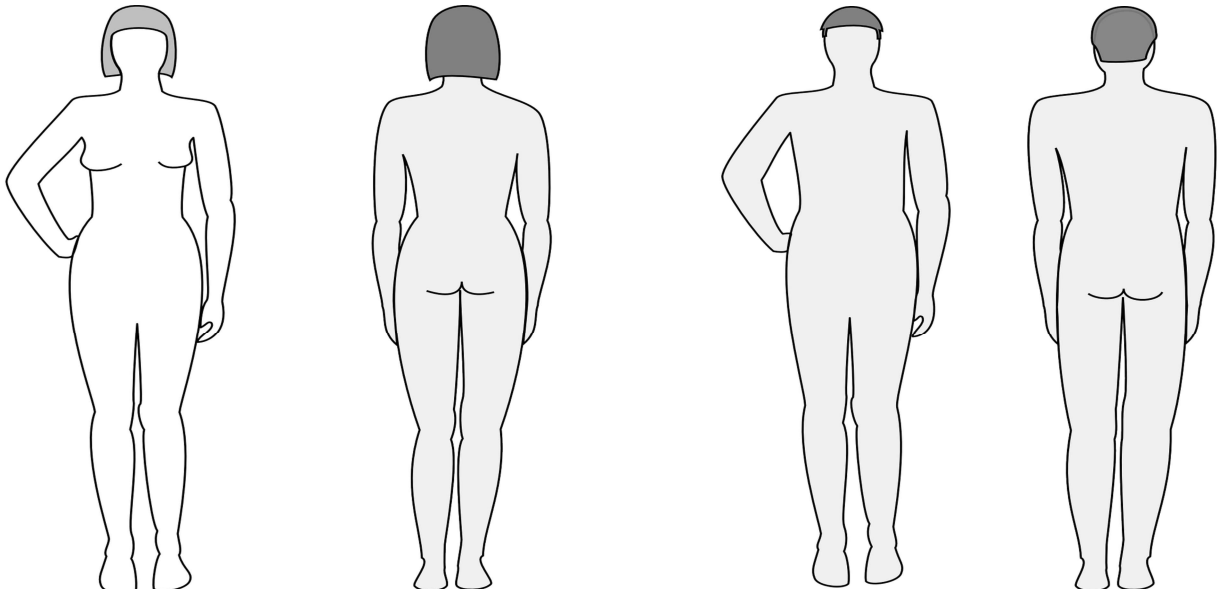
| Operation / Unfall / Aufenthalt | Wann/Dauer? |
|---------------------------------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Gibt es Fremdmaterial in Ihrem Körper? (Schrauben, Herzschrittmacher, Stents, Gelenkprothesen...)

Gibt es NARBEN am Körper? Wenn ja wo? Bitte einzeichnen

- Taubheit
 Mißempfinden
 Kribbeln
 Jucken
 Spannung
 Schmerz

anderes: _____



Stefanie Albrecht - Heilpraktikerin
Praxis Ganzheitliche Entspannung

| Aktuell in Behandlung bei Physio-/Psychotherapie/Arzt/HP wegen: | seit |
|---|------|
| | |
| | |
| | |

| Aktuell Infektion oder Erkältung? | Wie häufig pro Jahr haben Sie Erkältungen? |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann?: | <input type="checkbox"/> 1-3x <input type="checkbox"/> häufiger |
| äußert sich mit folgenden Symptomen: | |
| | |

| Krankheiten in Ihrer Familie | | | | | |
|---|--------|-------|------------|---------|---------------------------|
| Erkrankung | Mutter | Vater | Großeltern | Weitere | zusätzliche Informationen |
| | | | | | |
| Bluthochdruck | | | | | |
| Niedriger Blutdruck | | | | | |
| Herzerkrankungen | | | | | |
| Lungenerkrankungen | | | | | |
| Gefäßerkrankungen | | | | | |
| Schlaganfall | | | | | |
| Migräne | | | | | |
| Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus) | | | | | |
| Gallensteine | | | | | |
| Krebs (welcher?) | | | | | |
| Diabetes I | | | | | |
| Diabetes II (Alters-Diabetes) | | | | | |
| Allergien | | | | | |
| Schuppenflechte | | | | | |
| Neurodermitis | | | | | |
| Alkoholismus | | | | | |
| Depressionen | | | | | |
| Andere psychische Erkrankungen (welche?) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Sonstiges | | | | | |

Wurden bei Ihnen Krankheiten mit Antibiotika behandelt?

nein ja – Wie oft in welchem Zeitraum?

Wurden bei Ihnen bisher chronische Krankheiten diagnostiziert? Welche?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
 zyklisch in Abständen von _____
 Stirn-Augen-Schlafenregion morgens abends
 Hinterkopfregion halbseitig (mehr) links (mehr) rechts
 beidseitig Seiten im Wechsel

mögliche(r) Auslöser: _____

Augen

- Beschwerden: _____
 Brille seit: _____

Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen Wurzelbehandelte Zähne Zahnfüllmaterialien:
 Tote Zähne Empfindliche Zähne auf heiß kalt Amalgam
 Gold
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Titan
 ja, ohne Ausleitung ja, mit Ausleitung nein Kunststoff
 Keramik
Beißschiene? nein ja, seit _____ in Verwendung Titan
 weich hart

Nase

- Operation(en): _____
 behinderte Nasenatmung/Nase verstopft häufig Nasennebenhöhlenentzündung

Mandeln/Hals

- Operation häufig Mandelentzündungen → als Kind heute

Ohren

- Schmerzen links / rechts / beidseitig schwerhörig Ohrengeräusche Ohrendruck

Schilddrüse/Vegetativum

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation Knoten

Schwitzen Sie leicht? nein ja

Frieren Sie schnell? nein ja
 kalte Hände kalte Füße

Menstruation/Urogential/Blase

- regelmäßig (alle 28-30 Tage) unregelmäßig, Abstände: _____ Blutung stark schwach Zyste/n einseitig beidseitig
 Mittelschmerz (Eisprung spürbar) klumpig
 Krämpfe/Schmerzen 0= keine; 10= extreme Zwischen-/Schmierblutungen
|-----|-----| vor nach regulärer Blutung mittig im Zyklus
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 keine Blutung mehr seit _____
Blasenentzündung 1-2x/Jahr häufiger: _____ fehlende Libido/Lust auf Sex

Prostata

- Schmerzen beim Urinieren oder im Unterleib fehlende Libido/Lust oder Erektionsproblem
 keine vollständige Blasenentleerung/häufiger Harndrang

Verdauung/Stuhlgang

- Stuhlgang täglich _____ mal Konsistenz/Aussehen Stuhl weich flüssig schaumig klumpig hart
 alle _____ Tage _____ mal klebrig Essensrückstände sichtbar
 Schmerzen beim Stuhlgang schwarz weiß/hell blutig/Blut aufgelagert
 Aufgeblähtsein oft Luft lassen nach dem Essen
Unverträglichkeiten?: _____

Stefanie Albrecht - Heilpraktikerin

Praxis Ganzheitliche Entspannung

Lebensstil

Wie **arbeiten** Sie? nicht berufstätig _____ Std/Woche Arbeitszeiten: _____
(Mehrfachauswahl möglich!) angestellt selbständig Hausfrau/-mann _____
 Schichtarbeit, seit _____

Wie ist Ihr **Schlaf**? keine Probleme
 Beschwerden: _____
 Ein-/ Durchschlafschwierigkeiten, seit _____ Erwachen in der Nacht
 Schwierigkeiten morgens richtig wach zu werden
Uhrzeit Schlafengehen: _____ ca. Std Schlaf nachts: _____

Morgens fühle ich mich müde/nicht erholt: |-----|-----|
0= keine Müdigkeit; 10= extrem müde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
seit wann? _____
möglicher Grund?: _____

Müdigkeit hält tagsüber an Tagsüber werde ich gegen _____ Uhr besonders müde

Wie ist Ihr **Schlafplatz** eingerichtet?

- Radiowecker eingebauter elektrischer Motor Wasserbett
 schnurlose Telefone / WLAN elektrische Geräte im Standby-Modus (Fernseher...?)

Ich kenne Existenzängste

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich empfinde meine Arbeit als belastend

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich habe das Gefühl, gebraucht zu werden

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich fühle mich dem Leben gewachsen

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann meine Ziele erreichen

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann NEIN sagen

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich führe regelmäßige Freizeitaktivitäten durch

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich habe Freunde/Vertraute

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich bin glücklich mit meinem Leben

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich treibe regelmäßig Sport

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich im Moment?

0= überhaupt nicht ; 10= 100%

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Waren Sie bereits in Psychotherapie?

nein ja, wann? _____ für wie lange? _____

Gab/Gibt es Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie als besonders schwerwiegend/eingreifend empfinden?
(Bitte nur kurze Stichpunkte, wenn Sie dies überhaupt näher mitteilen möchten. Ja oder nein ist auch ausreichend.)

Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. was gibt es noch zu sagen?

Ich versichere meine Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keine wichtigen, einer Genesung eventuell hinderlichen Informationen verschwiegen zu haben.

Unterschrift

Datum