

# GANZHEITLICHER ANAMNESEBOGEN

## 1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Familienstand:

Kinder:

Größe:

Gewicht:

Welcher Grund führt Sie zu mir?

Was ist das Ziel der Behandlung, was erhoffen Sie sich?

Was ist Ihr Anliegen (Krankheit, Beschwerden, Problem)?

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert?

Wie äußern sich die Beschwerden?

Wo am Körper? Und wohin erstreckt sich z. B. der Schmerz?

Wodurch wurde er ausgelöst? Was war zu dieser Zeit los in Ihrem Leben?

---



---

Wodurch werden die Symptome / Beschwerden besser?

---



---

Wodurch werden die Symptome / Beschwerden schlechter?

---



---

## 2. ANGABEN ZUR BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

Sind Sie berufstätig?

☐ Ja ☐ Nein

Beruf, derzeitige Tätigkeit:

---

Ihre Arbeitszeiten:

Sitzende / leichte Tätigkeit:

☐ Ja ☐ Nein

Schwere / körperlich anstrengende Tätigkeiten:

☐ Ja ☐ Nein

Schichtarbeit:

☐ Ja ☐ Nein

## 3. ANGABEN ZU KÖRPERLICHER AKTIVITÄT | SPORT

Treiben Sie Sport?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Sportart und wie oft?

---

Sind Sie viel an der frischen Luft?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie lange täglich draußen?

---

#### 4. RAUCHEN | ALKOHOL | DROGEN

Sind Sie Raucher?

☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie jemals Raucher? Wenn ja, wie lange?

Trinken Sie Alkohol?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel und wie oft?

Nehmen Sie Drogen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wie oft?

#### 5. ANGABEN ZUR ERNÄHRUNG

Praktizieren Sie derzeit eine besondere Ernährungsform?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? (z. B. vegan, kohlenhydratarm, ketogen, fettarm, Paleo, glutenfrei ...)

Seit wann und wie konsequent?

Essen Sie regelmäßig?

☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Mahlzeiten essen Sie gewöhnlich pro Tag?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Wie viele Mahlzeiten davon sind warm?

Welche Mahlzeit ist Ihnen die Liebste und Wichtigste?

Liegen oder lagen bei Ihnen Essstörungen vor?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, wie lange und wann?

## 5. ANGABEN ZUR ERNÄHRUNG (Fortsetzung)

Wie viele Amalgam-, Goldfüllungen, Wurzelfüllungen oder Implantate haben Sie jetzt im Mund?

Hatten Sie in der Vergangenheit Amalgam-, Gold-, Wurzelfüllungen oder Implantate?

Haben Sie Nahrungsmittelallergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Symptome?

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, gegenüber welchen Lebensmitteln und wie äußern sich diese?

Haben Sie schon einmal eine Darmsanierung gemacht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie haben Sie diese gemacht?

## 6. ERKRANKUNGEN

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

☐ Masern ☐ Diphtherie ☐ Scharlach ☐ Röteln ☐ Windpocken

Haben Sie orthopädische oder sonstige Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Essstörungen oder Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsenerkrankungen                     |
| <input type="checkbox"/> Arthrose                                  | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung / Krebs                           |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen                          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung / Unter- oder Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen                         | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen / Rheumatische Erkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                               |                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen               |                                                                            |

Wenn ja (Arthrose), welche Gelenke / Körperregionen?

## 6. ERKRANKUNGEN (Fortsetzung)

Gibt es Veränderungen in den Bereichen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ des Appetits
 ☐ des Durstes
 ☐ des Nachtschweißes
 ☐ des Schlafes  
☐ des Stuhlgangs
 ☐ des Wasserlassens
 ☐ Husten und Auswurf

## 7. GEFÜHL | EMOTION | PSYCHE

Wie fühlen Sie sich emotional?

Bitte ankreuzen: 1 = schlecht / depressiv · 10 = ich könnte die ganze Welt umarmen

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

schlecht / depressiv

ich könnte die ganze Welt umarmen

Sind Sie bereit, in Ihrem Leben Veränderungen zuzulassen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

## 8. SCHLAF | BILDSCHIRMZEIT | SITZZEIT

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Um wieviel Uhr gehen Sie gewöhnlich zu Bett?

Wachen Sie nachts auf?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und warum?

Tägliche Bildschirmzeit (PC, Handy, TV)?

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich?

---

## 9. ZU IHRER VORGESCHICHTE

---

Gab es Beschwerden / Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen?

---

Wenn ja, welche?

---

Wie verlief Ihre Geburt? Gab es Komplikationen?

---

Beschreiben Sie sich bitte als Kind oder Jugendlichen:

---

---

Wie war die Schule, Ihr Elternhaus, gab es Freunde ...?

---

---

Wurden Sie als Kind / Jugendliche(r) operiert?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann, woran und wie oft?

---

Hatten Sie in Ihrem Leben Unfälle und / oder Verletzungen?

☐ Ja ☐ Nein

---

---

## 9. ZU IHRER VORGESCHICHTE (Fortsetzung)

Womit hatten / haben Sie häufig oder intensiv in Ihrem Leben Probleme? (bitte markieren)

- |                                              |                                                     |                                        |                                                |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gallenprobleme      | <input type="checkbox"/> Leberprobleme              | <input type="checkbox"/> Magenprobleme | <input type="checkbox"/> Darmprobleme          |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Depressionen               | <input type="checkbox"/> Haarausfall   | <input type="checkbox"/> Haarausfall kreisrund |
| <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme      | <input type="checkbox"/> Migräne                    | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme          |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme       | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Ausfluss              |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit     | <input type="checkbox"/> Schwindel                  | <input type="checkbox"/> Ängste        | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen        |
| <input type="checkbox"/> Wutanfälle          | <input type="checkbox"/> Lähmungen                  | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Libidoverlust         |
| <input type="checkbox"/> Impotenz            | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden   | <input type="checkbox"/> Nervosität    | <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden   |
| <input type="checkbox"/> Akne                | <input type="checkbox"/> Alkohol / Drogen / Nikotin |                                        |                                                |

## 10. IMPFUNGEN | ANTIBIOTIKA | CHEMOTHERAPIE

Wann war die letzte Impfung und welche war das?

Gab / gibt es Probleme / Störungen im zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Welche Impfungen haben Sie als Kind / Jugendlicher erhalten?

Wie oft haben Sie ca. in Ihrem Leben Antibiotika eingenommen? Wann das letzte Mal?

Haben Sie schon einmal Chemotherapie erhalten?

☐ Ja ☐ Nein

## 11. MEDIKAMENTE | NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, in welcher Dosierung und seit wann?

---



---

Haben Sie in Ihrem Leben Abführmittel genutzt?

☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie zurzeit Nahrungsergänzungsmittel?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, in welcher Dosierung und seit wann?

---



---

## 12. ABSCHLUSS

Wollen Sie noch etwas ergänzen? Ist Ihnen noch etwas wichtig?

---



---



---



---

Ort, Datum

Unterschrift