Anamnesebogen für die Erstanamnese

Dieser Fragebogen dient als **Grundlage für unser ärztliches Gespräch**.
Sollten Ihnen einzelne Angaben nicht genau bekannt sein, können wir diese im Termin gemeinsam klären.

Persönliche Angaben

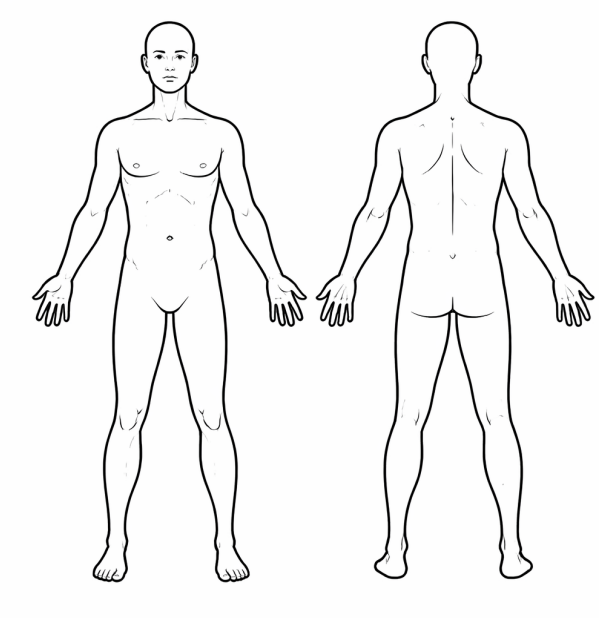
Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden stehen derzeit im Vordergrund? (Stichworte reichen)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Gern können Sie Ihre Symptome in der Skizze markieren:



Was haben Sie bisher unternommen (Behandlungen, Medikamente, Selbstmaßnahmen)?

Neurologische Symptome

Neu aufgetretene Muskelschwäche? ☐ Ja ☐ Nein
Taubheitsgefühle / Kribbeln? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: wo / seit wann _____

Vorerkrankungen *(bitte jeweils ankreuzen)*

Herzerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Bluthochdruck? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Lungenerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Diabetes? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Bauchspeicheldrüse / Milz? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Leber / Gallenblase? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Magen-Darm-Erkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Schilddrüsenerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Osteoporose / Osteopenie? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Neurologische Erkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Thrombose / Embolie? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Blut-, Tumor-, Infektionserkr.? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Erschöpfung? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Infektanfälligkeit? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____
Allergien / Unverträglichkeiten? ☐ Nein ☐ Ja ⟶ _____

Weitere wichtige Erkrankungen / Ergänzungen:

Operationen & Medikamente

Operationen (auch länger zurückliegend)? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: welche / wann _____

Medikamente aktuell oder dauerhaft? ☐ Ja ☐ Nein
(bitte auch pflanzliche Präparate und Nahrungsergänzungsmittel angeben)

Allgemeines Befinden

Einschlafstörungen? ☐ Ja ☐ Nein
Alpträume? ☐ Ja ☐ Nein
Innere Unruhe? ☐ Ja ☐ Nein
Kalte Füße? ☐ Ja ☐ Nein
Durchschlafstörungen? ☐ Ja ☐ Nein
Konzentrationsprobleme? ☐ Ja ☐ Nein
Schwitzen ohne Belastung? ☐ Ja ☐ Nein

Verdauung & Lebensstil

Appetit: ☐ normal ☐ vermindert ☐ Heißhunger
Verstopfung? ☐ Ja ☐ Nein Durchfall? ☐ Ja ☐ Nein
Trinkmenge pro Tag (ca.): _____
Alkohol pro Woche (ca.): _____
Rauchen? ☐ Ja ☐ Nein
Schlafmittel / andere Substanzen? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____
Impfungen oder Antibiotika in den letzten 12 Monaten?
☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: _____

Stimmung & Stress

Gibt es Stimmungen, die aktuell häufiger auftreten_____
(z. B. Gereiztheit, Grübeln, Traurigkeit, Sorge, Angst, innere Unruhe)?

Zusatzfragen für Frauen

Menstruationsbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
Zykluslänge (ca.): _____
Besonderheiten:_____
Ovarialzysten? ☐ Ja ☐ Nein
Myome ? ☐ Ja ☐ Nein
Andere Gynäkologischen Erkrankungen_____
Verhütung/Hormonersatztherapie_____

Sonst noch wichtig?

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Organisatorische Hinweise

Bitte zum Termin mitbringen (falls vorhanden): **aktuelle Befunde und/oder Laborwerte sowie Ihren Medikamentenplan** (incl. Nahrungsergänzungsmittel)

Bitte verwenden Sie am Tag des Ersttermins und an Behandlungstagen **keinen Zungenschaber**, da dies die Zungendiagnostik verfälschen kann.

Aus Rücksicht auf Allergiker bitten wir Sie, **auf Parfüm /Rasierwasser zu verzichten.**