Praxis für Naturheilkunde
Heilpraktikerin Sabine Waegner

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

Angaben zur Person

Nachname .....

Vorname .....

Geburtsname ..... Geburtsdatum .....

Wohnort und PLZ .....

Straße .....

Telefonnummer .....

Krankenkasse .....

Größe ..... Gewicht .....

Anamnese (griechisch Erinnerung) = Vorgeschichte

Sehr geehrte Patientin,

sehr geehrter Patient,

der ausgefüllte Anamnesebogen gibt mir die Möglichkeit vor dem ersten Gespräch mit Ihnen mir schon Gedanken machen zu können und Zusammenhänge zu erkennen.

Es ist durchaus möglich, dass Fragen mit aufgeführt sind, die Sie nicht beantworten können oder möchten. Alle Angaben sind natürlich freiwillig, aber es ist ein erster Schritt für eine Zusammenarbeit.

Die Auflistung von Symptomen soll für Sie eine Unterstützung sein, um auf Veränderungen Ihres Körpers aufmerksam zu werden oder auch die Beschreibung zu erleichtern.

Fehlen die für Sie zutreffenden Angaben, ergänzen Sie sie bitte in den Leerzeilen, gerne auch auf einem extra Blatt mit Nennung der entsprechenden Ziffer.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Den ausgefüllten Anamnesebogen können Sie direkt per E-Mail an info@rhythmisches-erleben.de senden oder per Post an meine oben genannte Adresse.

Praxis für Naturheilkunde
Heilpraktikerin Sabine Waegner

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

1) Welche Ausbildung haben Sie? .....

2) Welchen Beruf üben Sie aus? .....

3) Welche Arbeitszeiten haben Sie? .....

4) Arbeiten Sie im Schichtdienst? ☐ ja ☐ nein

5) Haben Sie zur Zeit Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

5a) Wo haben Sie Schmerzen?

.....

.....

5b) Seit wann haben Sie die Schmerzen?

.....

.....

5c) Sind die Ursachen bekannt? ☐ ja ☐ nein

.....

.....

5d) Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

☐ akut ☐ chronisch ☐ anhaltend ☐ schubweise ☐ vereinzelt

.....

.....

5e) Nimmt der Schmerz zu? ☐ ja ☐ nein

☐ an Stärke und/oder ☐ Häufigkeit

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

5f) Wie würden Sie die Art des Schmerzes beschreiben?

☐ stechend ☐ bohrend ☐ ziehend ☐ brennend

.....

.....

5g) Steht der Schmerz in Zusammenhang mit bestimmten

☐ Tätigkeiten

bei welchen?

.....

.....

☐ körperlichen Belastungen

bei welchen?

.....

.....

☐ dem Wetter

☐ heißem ☐ feuchtem ☐ trübem

.....

☐ Aufregung ☐ Aufenthaltsort ☐ Nahrungsaufnahme

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

5h) Haben Sie schon etwas gegen die Schmerzen unternommen? ☐ ja ☐ nein

☐ Medikamente

welche?

.....

.....

tritt dadurch eine Besserung ein? ☐ ja ☐ nein

☐ Arztbesuch ☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Röntgen
☐ MRT ☐ Physiotherapie

.....

.....

Bitte Medikamentenplan und Befunde in Kopie beifügen.

6) Nehmen Sie Medikamente?

Falls bei 5h) "ja": weitere Medikamente? ☐ ja ☐ nein

welche?

.....

.....

Bitte Medikamentenplan in Kopie beifügen.

7) Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? ☐ ja ☐ nein

welche? in welcher Dosierung?

.....

.....

8) Wurden bei Ihnen Erkrankungen diagnostiziert? ☐ ja ☐ nein

welche?

.....

.....

Bitte Befunde in Kopie beifügen.

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

9) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ ja ☐ nein

welche?

.....

.....

10) Wurden bei Ihnen weitere Untersuchungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

welche?

☐ Blutabnahme ☐ Allergietest

.....

.....

Bitte Befunde in Kopie beifügen.

11) Sind bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen bekannt? ☐ ja ☐ nein

welche?

☐ Schilddrüsenunterfunktion ☐ Schilddrüsenüberfunktion
☐ Diabetes mellitus Typ I ☐ Diabetes mellitus Typ II
☐ Fettstoffwechselstörungen (z.B. Erhöhung des Cholesterinwertes)
☐ Gicht

.....

.....

12) Bestehen bei Ihnen Schwankungen im Hormonhaushalt? ☐ ja ☐ nein

im Zusammenhang mit

☐ Verhütungsmitteln ☐ Schwangerschaft ☐ Wechseljahren

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

13) Wie ist Ihr Zahnstatus?

Haben Sie

☐ Füllungen ☐ Implantate

.....

.....

14) Sind Sie Raucher? ☐ ja ☐ nein

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? .....

Rauchen Sie nur in bestimmten Situationen?

.....

.....

.....

15) Waren Sie Raucher? ☐ ja ☐ nein

Seit wann rauchen Sie nicht mehr?

.....

Warum haben Sie aufgehört zu rauchen?

.....

.....

.....

Mit welcher Methode haben sie aufgehört zu rauchen?

.....

.....

.....

16) Haben Sie als Nichtraucher viel Kontakt zu Rauchern? ☐ ja ☐ nein

17) Rauchen Sie Marihuana? ☐ ja ☐ nein

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

18) Nehmen oder nahmen Sie Drogen? ☐ ja ☐ nein

welche?

.....

.....

wann?

.....

.....

19) Trinken Sie Alkohol? ☐ ja ☐ nein

☐ gerne

wie oft?

.....

welche Art?

.....

wie viel von welcher Art?

.....

.....

20) Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? ☐ ja ☐ nein

☐ Schwellungen	☐ Rötungen	☐ Ausschläge
☐ Verfärbungen	☐ Geschwüre	☐ Unreinheiten
☐ trockene Bereiche	☐ vermehrte Behaarung	☐ Haarausfall
☐ Juckreiz	☐ Nagelveränderungen	

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

21) Wie ist Ihr Sehvermögen?

☐ Brille ☐ kurzsichtig ☐ Altersweitsichtigkeit
☐ wie durch Schleier ☐ dunkle Punkte ☐ trockene Augen
☐ tränende Augen ☐ brennende Augen ☐ Doppelbilder
☐ Gelbfärbung des weißen Bereiches

.....
.....

22) Wie ist Ihr Hörvermögen?

Tragen Sie ein Hörgerät? ☐ ja ☐ nein

Hören Sie Geräusche? ☐ ja ☐ nein
☐ pfeifend ☐ dröhnend ☐ brummend

.....
.....

23) Gibt es Auffälligkeiten im Blut- und Herz-Kreislauf-System? ☐ ja ☐ nein

☐ Herzrasen
☐ nachts ☐ bei Belastung
☐ Herzstolpern
☐ nachts ☐ bei Belastung
☐ Engegefühl in der Brust
☐ bei Belastung ☐ ohne Belastung
☐ Atemnot
☐ bei Belastung ☐ ohne Belastung
☐ Schwellungen der Beine
☐ abends ☐ nach langem Stehen ☐ immer
☐ Schwindel ☐ blaue Lippen ☐ Blutungsneigung
☐ Nasenbluten ☐ Blaue Flecken ☐ Infektanfälligkeit
☐ blass werden von Fingern oder Zehen

.....
.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

24) Gibt es Auffälligkeiten im Atemsystem? ☐ ja ☐ nein

☐ Schnupfen ☐ häufiges Niesen ☐ laufende Nase
☐ trockene Nase ☐ Heiserkeit ☐ Reizhusten
☐ Husten ohne Auswurf
☐ Husten mit Auswurf
☐ zäh ☐ glasig ☐ gelb
☐ grün ☐ rötlich ☐ bräunlich
☐ Atemnot
☐ bei Belastung ☐ ohne Belastung

.....

.....

25) Gibt es Auffälligkeiten im Verdauungssystem? ☐ ja ☐ nein

☐ Appetitverlust ☐ Appetitsteigerung ☐ trockener Mund
☐ vermehrter Speichelfluss ☐ Aufstoßen ☐ Sodbrennen
☐ Völlegefühl ☐ Schluckbeschwerden ☐ Blähungen
☐ Bauchkrämpfe ☐ Durchfall ☐ Verstopfung
☐ Wechsel Durchfall/Verstopfung ☐ Übelkeit
☐ Erbrechen
☐ schwallartig ☐ gelbgrün ☐ unverdaute Nahrung

.....

.....

26) Wie würden Sie Ihren Stuhl beschreiben?

☐ unregelmäßig
☐ regelmäßig
☐ vor dem Frühstück ☐ nach dem Kaffee ☐ je nach Terminen

Beschaffenheit:
☐ geformt ☐ weich ☐ flüssig ☐ wechselnd

Farbe:
☐ normal ☐ schwarz ☐ lehmfarben
☐ sichtbare Blutbeimengungen ☐ sichtbare Blutauflagerungen

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

27) Wie würden Sie Ihren Urin beschreiben?

☐ hell ☐ konzentriert ☐ trüb ☐ klar

Farbe:

☐ bierbraun ☐ rötlich

.....

.....

28) Wie ist Ihr Sexualverhalten?

☐ kein Partner ☐ fester Partner ☐ wechselnde Partner

.....

.....

29) Sind Erkrankungen in der Familie bekannt? ☐ ja ☐ nein

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen ☐ Darmerkrankungen ☐ Tumore
☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ Depressionen ☐ Krebs
☐ Demenz ☐ Diabetes

.....

.....

30) Ist Ihnen bekannt, ob Sie als Kind hohes Fieber (über 39 Grad) hatten?

.....

.....

.....

31) Sind Sie durch Kaiserschnitt zur Welt gekommen? ☐ ja ☐ nein

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

32) Sind Ihnen Veränderungen aufgefallen, die das allgemeine Wohlbefinden beeinträchtigen?

☐ ja ☐ nein

☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Leistungsschwäche ☐ Müdigkeit
☐ Kälteempfindlichkeit ☐ Wärmeempfindlichkeit ☐ Unruhe
☐ Gewichtszunahme ☐ Gewichtsabnahme ☐ Heißhunger
☐ vermehrtes Durstgefühl ☐ Alkoholunverträglichkeit

.....

.....

33) Bemerken Sie Gedankengänge, die sich immer wieder in den Vordergrund drängen?

☐ ja ☐ nein

☐ Arbeitsstelle ☐ Familie ☐ Finanzen

.....

.....

34) Wie ist Ihr Schlafverhalten?

☐ feste Zubettgehzeiten ☐ Nachtschweiß ☐ Einschlafstörungen ☐ Tagesmüdigkeit
☐ Durchschlafstörungen

durchschnittliche Schlafdauer? ..... Stunden

.....

.....

35) Was macht Ihnen Freude?

.....

.....

.....

36)Was ärgert Sie?

.....

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

37)Was belastet Sie?

.....

.....

.....

38) Welche Hobbys haben Sie?

.....

.....

.....

39) Interessen, besondere Fähigkeiten?

.....

.....

.....

40) Haben Sie soziale Kontakte?

☐ Familie ☐ Freunde ☐ Verein

vor der Corona-Krise

.....

.....

während der Corona-Krise

.....

.....

41) Wie sind Ihre familiären Umstände?

☐ Single ☐ Kinder ☐ Pflege der Eltern

.....

.....

.....

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

42) Welche Ziele haben Sie?

43) Was Sie noch gerne anfügen würden

Praxis für Naturheilkunde
Heilpraktikerin Sabine Waegner

Heilpraktikerin Sabine Waegner * Altendorfer Straße 17 * 92540 Altendorf

Beiblatt