

Anamnese

Naturheilpraxis Sonja Speck

PATIENTENDATEN

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Nationalität
E-Mail	Telefon	Beruf
Krankenversicherung <i>gesetzlich / Zusatz / privat</i>		

VORRANGIGES ANLIEGEN & AKTUELLE BESCHWERDEN

Was ist der Hauptgrund Ihres Besuchs heute?

Bitte beschreiben Sie Ihre Hauptbeschwerden so genau wie möglich.

Intensität (1–10):

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

1–3 = leicht | 4–6 = mittel | 7–9 = stark | 10 = unerträglich

Weitere Beschwerden

Beschwerde	Seit wann	Intensität (1–10)

Gab es ein Ereignis unmittelbar vor dem Auftreten der Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Infekt, Zeckenbiss, Schreck, Trauer, Kummer ...

--

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Maßnahme / Behandlung	☐ Ja	☐ Teilweise	☐ Nein

MEDIKAMENTE

Medikament / Präparat	Dosis	Einnahme (wann / wie oft)	Verschrieben von / Bemerkung

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL (SUPPLEMENTE)

Präparat / Produktname	Wirkstoff	Dosierung	Einnahme (wann)

IMPFUNGEN (LETZTE JAHRE)

Impfung	Wann / Reaktionen danach?

ALLGEMEINES

Gewicht	Größe	Blutgruppe
Blutdruck	Puls	Nationalität
Rauchen (aktuell / früher, bis wann?)	Alkohol (wie oft, wie viel?)	Andere Suchtmittel
Energydrinks?	Mundwasser?	

Geburt & frühkindliche Entwicklung

Geburt: ☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt

Gestillt: ☐ Ja ☐ Nein Wie lange: _____

VORERKRANKUNGEN & KRANKENGESCHICHTE

Vorerkrankungen

Unfälle / Operationen

Allergien & Unverträglichkeiten

Infektionskrankheiten (Mumps, Masern, EBV, Borreliose ...)

Erkrankungen in der Familie (Krebs, Herz, Schilddrüse, Autoimmun ...)

ALLGEMEINBEFINDEN

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Mangelnde Konzentration | ☐ Schnelle Erschöpfung | ☐ Verstärkt reizbar |
| ☐ Mangelnde Belastbarkeit | ☐ Mangelnde Leistungsfähigkeit | ☐ Haarausfall |
| ☐ Schnelles Frieren | ☐ Kalte Hände / Füße | ☐ Schnelles Schwitzen |
| ☐ Heißhunger | ☐ Schwindel | ☐ Gedächtnislücken |

VEGETATIVES SYSTEM

Appetit

Durst / Trinkmenge

Wasser / Was?

Nachtschweiß

Hitzewallungen

Atmung (Auffälligkeiten)

Heißhunger auf ...

Schwindel

Schlaf

Einschlafen

Durchschlafen

Schlafdauer

Erholung?

Ruhig / unruhig

Energie-Verlauf

Am Morgen

Am Mittag

Am Abend

Stuhlgang

Farbe

Geruch

Beschaffenheit

Wie oft?

Durchfall / Verstopfung

Wasserlassen

Schmerzhaft?

Wie oft?

Nachts, wie oft?

Schleimhäute (trocken?)

Augen

Mund

Rachen

Scheide

ORGANSYSTEME

Augen

Kurz- / Weitsichtig

Erkrankungen

Trockene Augen

Nase / Nebenhöhlen

Behinderte Nasenatmung

Verstopft

Nasennebenhöhlen

Ohren

Häufige Entzündungen?

Tinnitus

Seite (re/li)

Mandeln

Operation?

Häufige Entzündungen als Kind?

Als Erwachsener?

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion
- ☐ M. Basedow

- ☐ Unterfunktion
- ☐ Knoten

- ☐ Hashimoto
- ☐ Entzündung

Zähne

- ☐ Amalgam-Füllungen
- ☐ Gold

- ☐ Keramik
- ☐ Tote / wurzelbehandelte Zähne

- ☐ Kunststoff

Amalgam entfernt? Wann?

Ausleitung danach? Womit?

Bewegungsapparat

Gelenke (Schmerzen, Entzündung, Steifigkeit, Rheuma?)

Rücken (Bereich, Verspannungen, Wirbelsäule?)

Muskelkrämpfe?

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Gastritis
- ☐ Abneigung gegen best. Lebensmittel

Leber / Galle

- ☐ Leberentzündung
- ☐ Gallen-OP
- ☐ Fettleber
- ☐ Fettunverträglichkeit
- ☐ Gallensteine/-kolik

Darm

- ☐ Infektionen
- ☐ Blähungen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarm-OP
- ☐ Fettstuhl

Herz / Lunge

- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Druckgefühl / Beklemmungen
- ☐ Atemnot
- ☐ Infarkt
- ☐ Husten mit Auswurf
- ☐ Herzrasen
- ☐ Asthma

Blase / Niere

- ☐ Blasenentzündungen
- ☐ Nierenentzündungen
- ☐ Nierensteine
- ☐ Häufiges Wasserlassen

GYNÄKOLOGIE

Geburten (Anzahl / Jahre)	Fehlgeburten	Abtreibungen		
1. Periode (Alter)	Letzte Periode	Zykluslänge		
Periode: stark / schwach	Dauer	Schmerzen (1–10)		
Beschwerden vor/nach Blutung — welche?		Verhütungsmittel — welche?		
☐ Tumore	☐ Zysten	☐ Myome	☐ Endometriose	☐ Entzündungen
Ausfluss (Färbung, Geruch)		Wechseljahre — Beschwerden?		
Sexualität				
Libido (verstärkt / vermindert)		Beschwerden beim Geschlechtsverkehr		

NEUROLOGIE & PSYCHE

☐ Schmerzen	☐ Taubheit	☐ Kribbeln
☐ Burning Feet	☐ Restless Legs	☐ Sonstiges

Psychosoziale Belastungen

z.B. Pflegebedürftigkeit, Behinderung im Umfeld, Stress, Trauer ...

NARBEN

Wo? Wann entstanden?

REISEN

Reiseziel	Danach krank?

ERNÄHRUNG

Kostform

- ☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Fettarm
☐ Kohlenhydratarm ☐ Bio (überwiegend) ☐ Sonstiges

Häufigkeit pro Woche (ungefähr)

Lebensmittel	Wie oft/Woche	Welche / Anmerkungen	Bio?
Fisch (Süßwasser / See)			
Fleisch / Geflügel			
Kuhmilchprodukte			
Eier			
Obst			
Gemüse			
Nüsse / Saaten			
Hülsenfrüchte			
Getreide / Brot			

Zucker (wie viel / täglich?)

Süßstoffe — welche?

Öl zum Braten

Öl im Salat

ERNÄHRUNGSTAGEBUCH — 3 BEISPIELTAGE

Bitte tragen Sie möglichst genau ein, was und wann Sie gegessen und getrunken haben — inkl. Snacks und Getränke zwischen den Mahlzeiten.

Mahlzeit	Tag 1 Datum: _____	Tag 2 Datum: _____	Tag 3 Datum: _____
Frühstück			
Snack Vormittag			
Mittagessen			
Snack Nachmittag			
Abendessen			
Snack Abend			
Getränke gesamt			

EINVERSTÄNDNIS & UNTERSCHRIFT

Ich bestätige, dass alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass vollständige Angaben eine genaue Diagnose und Behandlung ermöglichen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in