



**Anamnese:**

- Was ist Ihr momentanes Hauptproblem, weswegen Sie zu mir kommen?

---

• Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

---

- Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes/Facharztes:

---

- Welche der folgenden ärztlichen Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt und in welcher Körperregion?

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgen / CT _____                         | <input type="checkbox"/> Endoskopie (Magen/Darm)   |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie _____                  | <input type="checkbox"/> Labor- / Blutuntersuchung |
| <input type="checkbox"/> Szintigraphie (Knochendichtemessung) _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____           |

- Haben Sie Schmerzen? Wo?

Bitte Schmerzstärke nach einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= unerträglicher Schmerz) angeben!

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> im Stehen _____    | <input type="checkbox"/> im Liegen _____                  |
| <input type="checkbox"/> im Sitzen _____    | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen/Lagewechsel _____ |
| <input type="checkbox"/> eher morgens _____ | <input type="checkbox"/> eher abends/nachts _____         |

- Seit wann haben Sie diese Schmerzen (Tage, Wochen, Jahren)? \_\_\_\_\_

- Sind Sie oder waren Sie in den letzten Jahren an einer Infektionskrankheit erkrankt?

(Für folgende Infektionskrankheiten besteht für Heilpraktiker ein Behandlungsverbot)

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TBC  | <input type="checkbox"/> Creuzfeld-Jakob            | <input type="checkbox"/> Sepsis  |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids                                       | <input type="checkbox"/> akute Virushepatitis A – E | <input type="checkbox"/> Milzbrand   |
| <input type="checkbox"/> Botulismus                                     | <input type="checkbox"/> HUS/                       | <input type="checkbox"/> Parathyphus   |
| <input type="checkbox"/> Cholera  | <input type="checkbox"/> EHEC                       | <input type="checkbox"/> Masern  |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                                     | <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis   | <input type="checkbox"/> Tollwut Verletzungen/<br>Berührungen eines kranken Tieres |
| <input type="checkbox"/> VHF (virusbedingtes<br>hämorrhagisches Fieber) |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                                |   |  |

- Wichtige Krankheitsanzeichen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß     | <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Temperatur / Fieber         |
| <input type="checkbox"/> Anderes _____    |  |

Hatten Sie in letzter Zeit eine Bronchitis oder eine Lungenentzündung (Pneumonie)?  Ja  Nein

- Familienanamnese (Großeltern, Eltern, Geschwister):

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs/Tumor, wo? _____    | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel/Diabetes/Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> hormonelle Erkrankungen           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____           |  |

- Reiseanamnese:

Sind Sie innerhalb der letzten 3 Monate im Ausland gewesen, wenn ja wo/wie lange?

---

• **Stuhlgang (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe):**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fest/braun mind. 1x täglich | <input type="checkbox"/> Durchfall/Diarrhoe                 |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Obstipation     | <input type="checkbox"/> Dunkelfärbung (schwarz)/Blutung    |
| <input type="checkbox"/> weißliche Färbung           | <input type="checkbox"/> übel riechend/Gifte-Gärungsprozess |

• **Allergien/Unverträglichkeiten:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei best. Medikamenten _____ | <input type="checkbox"/> Pollen  |
| <input type="checkbox"/> Metalle/Materialien          | <input type="checkbox"/> Amalgam |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____              |                                  |

Wie ist denn für gewöhnlich Ihr Blutdruck \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ und Ihr Pulsschlag pro Minute \_\_\_\_\_ ?

• **Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

Name	Menge	Häufigkeit (täglich)

• **Für Frauen:** Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

Wie viele Geburten hatten Sie?

Dammschnitt /-riss während der Geburt?

Nehmen Sie die Pille/Hormone?

Hatten Sie eine Abtreibung/Abort?

Hegen Sie noch Kinderwünsche?

Hatten Sie eine Blasenentzündung/Zystitis?

Leiden Sie unter Missempfindungen im Genitalbereich oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein   |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein   |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein   |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein   |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein   |

• **Sind Sie jemals schwer gestürzt/gefallen oder hatten einen Unfall, wenn ja, welches Körperteil war betroffen und wann erfolgte der Sturz/Unfall ungefähr (insb. in der Kindheit, z. B. Sturz auf das Steißbein/Kopf)?**

Bitte bedenken Sie dabei, dass sich ein Körper **alles merkt**, egal wie lange es her ist!

• **Wurden Sie schon einmal operiert? Egal ob i. d. Kindheit... Wenn ja ca. wann und wo? Weswegen?**

• **Wie verlief Ihre eigene Geburt:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> normal                    | <input type="checkbox"/> Sturzgeburt (d.h. sehr schnelle Geburt) |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt             | <input type="checkbox"/> beschwerliche Geburt                    |
| <input type="checkbox"/> Sauglocken-/Zangen-Geburt | <input type="checkbox"/> Nabelschnurstrangulation                |
| <input type="checkbox"/> Steißblage                |  |

• **Ernährungsgewohnheiten:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich esse drei Mahlzeiten täglich in Abstand von mind. 5 Std.  | <input type="checkbox"/> Ich esse Tomaten auch mit Essig angemacht  |
| <input type="checkbox"/> Ich esse Roggen-Vollkornbrot mit Natursauerteig   | <input type="checkbox"/> Ich esse Gemüse/Salate mit ca. 3 Esslöffel Öl mit Omega-3 Fettsäuren pro Tag   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse Weißbrot, Semmeln, Nudeln, Haferflocken und andere Weizenprodukte  | <input type="checkbox"/> Ich esse/trinke Lightprodukte und fettreduzierte Produkte  |
| <input type="checkbox"/> Ich benutze auch einen Esslöffel Bio-Apfelessig im Salat  | <input type="checkbox"/> Ich esse gerne Süßigkeiten   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse pro jeweilige Mahlzeit nur eine Sorte Obst aber am Tag mindestens einen Apfel z.B. Elstar, Boskop, Jonathan, Braeburn etc. | <input type="checkbox"/> Ich trinke täglich 35 ml/kg meines Körpergewichtes an Wasser z.B. 2 – 3 Liter  |
| <input type="checkbox"/> Ich esse 1-2 mal pro Woche Seefisch   | <input type="checkbox"/> Ich trinke Kaffee, Schwarztee, ca. Menge _____   |
| <input type="checkbox"/> Ich benutze Leinöl, Hanföl, Walnußöl, Sojaöl und Rapsöl (wegen Omega-3- Fettsäuren)   | <input type="checkbox"/> Ich trinke Tee, z.B. Grüner, Rooibos, weißer Tee, andere _____   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse Fleisch: Geflügel, Rind und Schwein  | <input type="checkbox"/> Ich trinke Vollmilch und nehme andere Milchprodukte (Quark, Joghurt etc.) zu mir   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse lieber gekochte Pellkartoffel  | <input type="checkbox"/> Ich trinke Obst- & Gemüsesäfte   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse Chips, Pommes, Salzkartoffeln  | <input type="checkbox"/> Ich trinke Cola, Fanta, andere Süßgetränke   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse Avocado, Rucola  | <input type="checkbox"/> Ich trinke stilles Wasser  |
| <input type="checkbox"/> Ich esse gerne fetthaltige Speisen  | <input type="checkbox"/> Ich esse vegetarisch/vegan   |
| <input type="checkbox"/> Ich esse gerne Eier, Anzahl pro Woche: _____  | <input type="checkbox"/> Ich leide an Laktoseintoleranz   |
| <input type="checkbox"/> Falls ich brate, benutze ich Kokosöl, Palmöl, Schweineschmalz oder Palmin   | <input type="checkbox"/> Ich leide unter Glutenunverträglichkeit (Weizen)   |
| <input type="checkbox"/> Zum Braten benutze ich auch Sesamöl, Erdnussöl (asiatisch) oder natives Olivenöl  | <input type="checkbox"/> Ich leide an Histaminunverträglichkeit   |
|  | <input type="checkbox"/> Ich esse pro jeweilige Mahlzeit nur eine Eiweißart/-sorte z.B. Fleisch, Fisch, Ei, Käse, Tofu, Austernpilze, Shitakepilze und Sojaprodukte |

Im nachfolgenden Bereich können Sie zusätzliche Angaben machen oder die obigen Punkte näher erläutern:

Wenn eine oder mehrere Angaben auf Sie zutreffen, dann setzen Sie bitte ein Kreuz.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Taillenumfang: <b>bei Frauen:</b> > 80cm                          | <b>bei Männern:</b> > 94 cm                  |
| <input type="checkbox"/> Blutfettwerte: > 150 mg/dl (1,69 mmol/l)                          |  |
| <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin: <b>bei Frauen:</b> < 50 mg/dl (1,29 mmol/l)      | <b>bei Männern:</b> < 40 mg/dl (1,04 mmol/l) |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck: >130/85 mmHg (Systole/Diastole in mm Quecksilbersäule) |  |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte: >110mg/dl (6,1 mmol/l)                           |  |

• **Sozialanamnese:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> verheiratet/feste Partnerschaft  | <input type="checkbox"/> Haustier(e)   |
| <input type="checkbox"/> Kinder, Anzahl: _____  | <input type="checkbox"/> Wohnen Sie in einer Wohnung? Stockwerk _____        |
| <input type="checkbox"/> Wohnen Sie in einem Haus? Stufenanzahl _____                             | <input type="checkbox"/> Sind Sie in letzter Zeit umgezogen?                 |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten Sie im selben Beruf, wo Sie auch ihre Ausbildung gemacht haben? | <input type="checkbox"/> Sind Sie arbeitslos?                                |
| <input type="checkbox"/> Wie viele Std. arbeiten Sie: _____ h/Tag                                 | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen ergonomischen Arbeitsplatz?         |
| <input type="checkbox"/> Tragen Sie eine Brille? Letzte Anpassung _____                           | <input type="checkbox"/> Sind Sie beruflicher Quereinsteiger?                |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Zigaretten pro Tag _____                                    | <input type="checkbox"/> <b>Freiwillig:</b> Trinken Sie Alkohol? Menge _____ |
- Sind Sie  Rechtshänder(in) oder  Linkshänder(in)
- Können Sie sich erinnern zu welcher Uhrzeit Sie geboren sind? (Biorhythmus) \_\_\_\_\_ Uhr
- Was fällt Ihnen selber noch ein? \_\_\_\_\_

• **Kieferproblematiken:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen (v. a. nachts)   | <input type="checkbox"/> Kieferknacken beim Kauen          |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie in der Kindheit eine Zahnspange? Welches Alter _____ Wie lange _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Zungen-/Zahnbelag   | <input type="checkbox"/> Zahnoperation? Wann und Wo? _____ |

Die folgende Frage ist "freiwillig" zu beantworten!

- **Sind Sie mit Ihrem Leben, so wie es bisher verlaufen ist, ggf. periodenweise, zufrieden (Geben Sie sich Schulnoten von 1 sehr gut, bis 6 ungenügend)?**
- 

Welche dieser Aufzählungen trifft eher auf Sie zu?

- Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Gefäßverengung: kalte Hände und Füße, kalte Haut; Schlaflosigkeit/-störungen & häufiges Aufwachen nach dem Einschlafen; erhöhter Blutdruck
- große Müdigkeit, großer Appetit/Hunger, Wohlbefinden, Fieber, starkes Schwitzen, Einschlafstörung bis morgens um 3 Uhr, weitgestellte periphere Gefäße: warme Hände und Füße, niedriger Blutdruck, Knochenschmerz nach einem Bruch oder Knochenprozess

### **Anamnese von Konflikten**

Ein starker Konflikt zum Zeitpunkt des Erlebnisses kann Krankheiten auslösen. Jeder Kranke, der einmal einen Konflikterlebnisschock durchgemacht hat, hat in der Folgezeit einen schwachen Punkt, seine „Achilles-Ferse“, seine verwundbare Stelle. Wo andere Leute sich mit einem Witz locker darüber hinweg setzen würden, öffnet sich beim sensibilisierten Patienten sofort eine alte Narbe bzw. ein wunder Punkt.

Falls Sie nachfolgende Erlebnisse in Ihrem Leben hatten, die zu einem Schockerlebnis geführt haben könnten, kreuzen Sie es bitte an:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mutter, dessen Kind vor ihren Augen verunglückte   | <input type="checkbox"/> Frau oder Mann mit Verlust eines Kindes oder nahen Verwandten   |
| <input type="checkbox"/> Vergewaltigung   | <input type="checkbox"/> nach einem bestimmten Erlebnis tritt immer ein epileptischer Anfall auf   |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Problematik und Partnerschaftsprobleme  | <input type="checkbox"/> Frontalangstkonflikt „nichts tun können“, man sieht etwas auf sich zukommen ist aber machtlos                   |
| <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Konflikt und/oder Mutter-Tochter-Konflikt  | <input type="checkbox"/> Frau-Mann-Konflikt /Enttäuschungen in der Beziehung   |
| <input type="checkbox"/> Vater-Tochter- Konflikt  | <input type="checkbox"/> Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch, Ungerechtigkeit, Erfahrung, sich sehr lange über eine Niederlage zu ärgern |
| <input type="checkbox"/> Existenzverlust/Flüchtlingskonflikt oder Erfahrung „des sich Mutterseelen-allein-Fühlens“                | <input type="checkbox"/> Erlebnis von großer Ungerechtigkeit   |
| <input type="checkbox"/> Konflikt „des sich Sträubens“ oder Angst-Ekel-Konflikt   | <input type="checkbox"/> Zukunftsangst, Sorgen   |
| <input type="checkbox"/> jemand dringt in den eigenen Bereich/das eigene Revier ein   | <input type="checkbox"/> ein heftiger Schreck/Schockerlebnis   |
| <input type="checkbox"/> Todesangst, z.B. Krebsdiagnose   | <input type="checkbox"/> Mangel an Durchsetzungsvermögen   |
| <input type="checkbox"/> Erlebnis „zum alten Eisen zu gehören“ Selbstwerteinbruch   | <input type="checkbox"/> negative Erlebnisse mit Wasser  |
| <input type="checkbox"/> Trennungserlebnis  | <input type="checkbox"/> Erfahrung, dass die „Angst im Nacken“ sitzt   |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung von starker Ohnmacht   | <input type="checkbox"/> Verhungerungskonflikt   |
| <input type="checkbox"/> Identitätskonflikt / „Ich weiß nicht, wo ich hin gehöre“   | <input type="checkbox"/> Erfahrung, nicht auf Klo gehen zu dürfen  |
| <input type="checkbox"/> biologischer Konflikt „des Nicht-begattet-Werdens“ der jungen Frau, sie hatten noch keinen Sexualpartner |  |

Im nachfolgenden Bereich können Sie eigene Erlebnisse schildern oder die obigen Punkte näher erläutern

---