

Anamnesebogen

YVONNE SCHOLZ
Heilpraktikerin



Praxis für ganzheitliche
Beratung und Therapie

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen so vollständig wie möglich aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit oder senden Sie ihn mir vorab per Post zu.
Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich zu Therapie-
zwecken erhoben.
Zu Ihrer Information: HeilpraktikerInnen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht!

Datum

Vorname / Name

Anschrift

Telefon (privat / beruflich) / Mobil / Telefax

e-mail / URL

Alter / Geburtsdatum / -ort

Religion

Familienstand / Kinder

Krankenversicherung / Zusatzversicherung

Hausarzt

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Bestehen bei Ihnen akute Risiken / Unverträglichkeiten / akute Erkrankungen / übertragbare Erkrankungen?

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten, wegen welcher Erkrankung / wegen welchen Problems Sie behandelt werden wollen:

Bitte beschreiben Sie in eigenen Worten, den bisherigen Verlauf der Erkrankung / des Problems:

Welche bisherigen Diagnosen wurden diesbezüglich gestellt / welche Therapiemaßnahmen sind diesbezüglich erfolgt:

Sind sie schon einmal naturheilkundlich behandelt wurden (Heilpraktiker oder Arzt): ja nein

Falls ja: wann, wie lange, weshalb, mit welcher Therapieform:

Sind sie schon einmal psychotherapeutisch behandelt wurden (ambulant oder stationär): ja nein

Falls ja: wann, wie lange, weshalb, mit welcher Therapieform:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein:

Welche Medikamente haben Sie früher eingenommen:

Welche Krankenhausaufenthalte und / oder Operationen haben Sie hinter sich:

Was sind Ihre persönlichen Ziele bezüglich der Erkrankung / des Problems:

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und beantworten Sie folgende Frage:
Wie würde Ihr Leben verlaufen, wenn Sie die Erkrankung / das Problem nicht hätten?

Möchten Sie mir bezüglich der zu behandelnden Erkrankung / des zu behandelnden Problems noch etwas mitteilen:

Körperliche Anamnese

Bitte nehmen Sie sich die Zeit und überprüfen Sie sich einmal "auf Herz und Nieren". Auf den folgenden zwei Seiten finden Sie einige Organ- und Krankheitsgruppen. Sollten Sie in einer dieser Gruppen z.B. eine Erkrankung, Über- oder Unterfunktion, Störung, Behinderung o.ä. haben oder in der Vergangenheit gehabt haben, notieren Sie dies bitte.

Knochen, Muskeln, Sehnen, Gelenke (z.B. Bruch, Rheuma, Bandscheibenvorfall, Muskelverspannung, o.ä.):

Herz (z.B. Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Loch im Herzen, o.ä.):

Kreislauf und Blutgefäße (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, Ohnmachtsanfälle, o.ä.):

Atemwege (z.B. Lungenentzündung, Schnupfen, Bronchitis, o.ä.):

Verdauungstrakt (z.B. Verstopfung, Magenschleimhautentzündung, Reizdarmsyndrom, o.ä.):

Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Hepatitis, Leberzirrhose, Gallensteine, o.ä.):

Stoffwechsel und Ernährung (z.B. Übergewicht, Diabetes, Gicht, o.ä.):

Niere und harnableitende Organe (z.B. Niereninsuffizienz, Harnwegsinfekte, Blasensteine, o.ä.):

Geschlechtsorgane (Frauen z.B. Menstruationsbeschwerden, Ausfluss, Endometriose, o.ä.; Männer z.B. Auffälligkeiten der Prostata, Erektionsstörungen, o.ä.):

Haut, Haare, Nägel (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Haarausfall, o.ä.):

Hormonsystem (z.B. Schilddrüsenüberfunktion, Kropf, Cushing-Syndrom, o.ä.):

Nervensystem (z.B. Schwindel, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Migräne, Schmerzen, o.ä.)

Sinnesorgane (z.B. Kurzsichtigkeit, Tinnitus, Mittelohrentzündung, Geruchsverlust, o.ä.)

Infektionskrankheiten (z.B. verursacht durch Viren, Bakterien, Pilze, etc.;, z.B. Borreliose, Herpes, Tuberkulose, Grippe, Kinderkrankheiten o.ä.)

Tumoren (z.B. Brustkrebs, gutartige Tumoren, o.ä.)

Schwangerschaft, Geburt, Stillen (z.B. Schwangerschaftserbrechen, Kaiserschnitt, Brustentzündung, o.ä.)

Zähne & Mund (z.B. Prothesen, Füllungen, Karies, Aphthen o.ä.)

Altersbeschwerden (z.B. Demenz, Osteoporose, o.ä.)

Blut (z.B. Anämie, Bluter, verändertes Blutbild, o.ä.):

Lymphsystem (z.B. Milzriß, Mandelentzündung, Lymphknotenschwellung, o.ä.):

Immunsystem (z.B. Infektanfälligkeit, Allergien, Autoimmunerkrankungen, o.ä.):

- Gegen welche Krankheiten sind Sie geimpft: _____
- Haben Sie eine genetisch bedingte Erkrankung: _____
- Haben Sie Schmerzen (wenn ja, wo und wie häufig): _____

Wie groß sind Sie: _____

Wieviel wiegen Sie: _____

Wie beschreiben Sie Ihren aktuellen körperlichen Zustand: _____

Psychische Anamnese

Sucht & Suchtverhalten

Rauchen Sie (wenn ja, wieviel): _____

Trinken Sie Alkohol (wenn ja, wieviel): _____

Nehmen Sie Drogen (wenn ja, was und wieviel): _____

Leiden oder litten Sie an einer Psychose oder Neurose aus der folgenden Liste:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHS / Aufmerksamkeitsstörung | <input type="checkbox"/> Suizid tendenz oder -versuch | <input type="checkbox"/> Paranoide Störung |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung | <input type="checkbox"/> Angst- / Panikstörung | <input type="checkbox"/> Bewusstseins- / Orientierungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Essstörung (Anorexia oder Bulämie) | <input type="checkbox"/> Zwangsstörung | <input type="checkbox"/> Autismus |
| <input type="checkbox"/> Burn-out | <input type="checkbox"/> Depressive Neurose | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatisches Belastungssyndrom | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Störung | <input type="checkbox"/> Manie | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Organische Psychosyndrome | <input type="checkbox"/> Schizophrenie | <input type="checkbox"/> Missbrauchsoffer |
| <input type="checkbox"/> Borderline | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungstendenz | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Befinden Sie sich aufgrund einer der oben aufgeführten Psychosen / Neurosen in Behandlung

Leidet eine Person aus Ihrer Familie (Eltern, Partner, Kind, Geschwister) an einer Psychose / Neurose aus obiger Liste

Wie beschreiben Sie Ihren aktuellen psychischen Zustand:

Familienanamnese

Sind die Personen aus der folgenden Liste noch am Leben oder bereits verstorben.

Was für ein Verhältnis haben Sie diesen Personen gegenüber:

- Mutter _____
- Vater _____
- Geschwister _____
- Großeltern _____
- Kind/er _____
- Partner/in _____

Sozialanamnese

Bitte schreiben Sie zu jedem der folgenden Punkte eine kurze Information:

- erlernter / ausgeübter Beruf _____
- Ausbildung _____
- finanzielle Stellung _____
- Freunde _____
- Familie _____
- Soziales Netz (Vereine, etc.) _____
- Hobbys _____
- Freizeitverhalten _____
- Urlaub _____
- Haustiere _____