

Datum:
Patient/in:



Anamnesefragebogen

Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Persönliche Daten

Name: _____ Festnetz Privat: _____
Anschrift: _____ Mobil Privat: _____
Geburtstag: _____ E-mail: _____
Krankenversicherung: _____ Arbeit: _____
 Privat Beihilfe Selbstzahlern Zusatzversichert: _____

Was ist Ihnen wichtig?

Ein umfassender Gesundheits-Check-up	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserung einer akuten Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Verbesserung einer chronischen Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Optimierung ihres Gewichts	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Eine natürliche und pflanzliche Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Nein

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Behandlungen bekommen Sie aktuell und von wem?

Wer ist Ihr/e Hausarzt/-ärztin und wie lautet seine/ihre Adresse?

Gehen Sie regelmäßig zu einem Facharzt oder befinden sich dort in Behandlung?

Nein Ja

Lungenarzt Orthopäde Urologe Psychologe

Kardiologe Onkologe Gynäkologe

Sonstige: _____

Name, Adresse des Facharztes: _____

Haben Sie in letzter Zeit eine Gewichtsveränderung an Ihnen festgestellt?

Innerhalb 2-6 Monate **Nein**

5 oder mehr Kilo zugenommen 5 oder mehr Kilo abgenommen

Anderes: _____

Innerhalb 1-2 Wochen **Nein**

2 oder mehr Kilo zugenommen 2 oder mehr Kilo abgenommen

Anderes: _____

Haben Sie in letzter Zeit eine erhöhte Temperatur an Ihnen festgestellt?

Ja Teilweise Nein

Wie hoch: _____ Wie oft: _____

Haben Sie in letzter Zeit Nachtschweiß an Ihnen festgestellt?

Ja Teilweise Nein

Wie viele Infekte haben Sie pro Jahr?

1-2 3-4 mehr als 4

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Krankengeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle schweren Erkrankungen (Infektionen) und Operationen, nach ihrem zeitlichen Ablauf.

Operationen wie z.B. an Herz, Gefäße, Schilddrüse, Gallenblase, Brust, Gebärmutter, Mandeln, Blinddarm, sonstige

1. _____ Jahr/Monat: _____

2. _____ Jahr/Monat: _____

3. _____ Jahr/Monat: _____

4. _____ Jahr/Monat: _____

5. _____ Jahr/Monat: _____

6. _____ Jahr/Monat: _____

7. _____ Jahr/Monat: _____

8. _____ Jahr/Monat: _____

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunkrankheiten | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Hormonstörung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

Sonstige: _____

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie bereits?

Kinderkrankheiten:

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grupp | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |

Geschlechtskrankheiten:

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Gonorrhöe | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Genitalwarzen | <input type="checkbox"/> Soor | <input type="checkbox"/> Trichomonaden |

Tropenkrankheiten:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Ebola | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|

Weitere Infektionen:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Salmonellose |
| <input type="checkbox"/> Ebstein-Barr | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Chlamydien |

Andere: _____

Familiäre Krankheitsgeschichte:

Welche Erkrankungen sind in ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Krebs | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____
Welche Art? _____ |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Herzkrankheit/Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Gefäßkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Alzheimer | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Psychische Krankheiten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |
| Sonstige/Andere | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | bei wem? _____ |

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Medikamente

Welche Präparate hat ihr Haus- oder Facharzt im letzten Jahr verschrieben?

Keine

(Zuerst die Präparate die sie aktuell noch nehmen, wenn sie ein Medikamentenplan haben, bitte bringen sie diesen mit und tragen nur die abgesetzten Präparate ein.)

1. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
2. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
3. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
4. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
5. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
6. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
7. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
8. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
9. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____
10. _____ Dosis: _____ Seit: _____ Bis: _____

Verwenden Sie eines oder mehrere der folgenden Mittel? Nein

- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abführmittel | <input type="checkbox"/> Mittel gegen Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Ohrentropfen |
| <input type="checkbox"/> Augentropfen | <input type="checkbox"/> Med. Pflaster/Cremes | <input type="checkbox"/> Nasenspray |

Welche: _____

Haben sie in den letzten 3 Monaten Antibiotika genommen? Nein

Welches: _____ Wie oft: _____ Wann: _____

Setzen Sie Hormonpräparate ein? Nein

Hormoncreme	welche: _____	Pille	welche: _____
Hormonspirale	welche: _____	Hormonspritze	welche: _____
Haarwasser	welche: _____	Schilddrüse	welche: _____

Andere: _____ Seit wann: _____ Zuletzt am: _____

Setzen Menschen in ihrem Haushalt Hormonpräparate ein? Nein

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Keine

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Soziales und Beruf

Ihr Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____ Enkelkinder: _____

Haben Sie familiäre oder häusliche Belastungen?

Müssen Sie sich um Verwandte kümmern/pflegen?

Ja, wie oft? _____ Teilweise Nein

Warum: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung abgeschlossen?

Ja Nein Offenes Thema

Welchen Hobbys gehen Sie nach? _____

Welchen Sport treiben Sie und wie oft? Keinen

_____ Stunden die Woche

_____ Stunden die Woche

_____ Stunden die Woche

Was arbeiten Sie? _____

Macht Ihnen ihre Arbeit Spaß? Nie Gelegentlich Meistens Immer

Sind Sie an ihrem Arbeitsplatz gelegentlich Gesundheitsgefährdenden Stoffen ausgesetzt? (mehrere Antworten möglich) Nein

Zum Beispiel: Chemikalien Asbest Schwermetall

Gasen/Öle/Farbe Tieren/Kot Strahlung

Andere _____

Müssen Sie in der Nacht arbeiten?

Nein Ja, _____mal im Monat seit _____ Jahren

Gehen Sie regelmäßig in den Urlaub?

Nein Ja, _____mal im Jahr nach: _____

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Allergien Keine

Hatten Sie bereits eine allergische Reaktion oder eines der folgenden Symptome?

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Asthma Anfall | <input type="checkbox"/> Nesselsucht |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Milchschorf | |

Wenn Sie eine allergische Reaktion haben, dann mit welchen Reaktionen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niesen | <input type="checkbox"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Schleimhautschwellung |
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Bauch Krämpfe | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Blutdruckabfall | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit |

Wann treten Ihre Beschwerden auf?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ganzjährig, außer im Urlaub | <input type="checkbox"/> nur Februar, März oder April |
| <input type="checkbox"/> Nur von April bis August | <input type="checkbox"/> In einem Raum, evtl mit Klimaanlage |

Sonstige Momente: _____

Gegen welche Stoffe/Pollen/Medikamente sind Sie Allergisch?

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit? Nein

Welche Nahrungsmittel: _____

Haben Sie bekannte Intoleranzen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz | <input type="checkbox"/> Glutenintoleranz |

Zeigen Sie Reaktionen gegen Präparatzusätze? Nein

Welche Zusätze: _____

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Emotionales

Antworten Sie bitte mit einer der vier aufgeführten Möglichkeiten.

1.Nie/selten

2.gelegentlich

3.öfters

4.häufig

Haben Sie Stress? _____ seit: _____

Können Sie schlecht abschalten? _____ seit: _____

Leiden Sie unter Unruhe? _____ seit: _____

Sind Sie leicht reizbar? _____ seit: _____

Arbeiten Sie zuviel? _____ seit: _____

Haben Sie das Gefühl ihre Arbeit nicht mehr
bewältigen zu können? _____ seit: _____

Fühlen Sie sich Wertlos? _____ seit: _____

Können Sie sich nicht mehr für Dinge begeistern? _____ seit: _____

Stehen Sie emotional unter starker Anspannung? _____ seit: _____

Haben Sie kalte Hände oder Füße? _____ seit: _____

Tritt eine Erkältung bzw. Abgeschlagenheit
nach Überforderungen ein? _____ seit: _____

Können Sie ihre Freizeit, Abendprogramm
auf Grund von Erschöpfung nicht mehr gestalten? _____ seit: _____

Schauen sie hoffnungslos in die Zukunft? _____ seit: _____

Machen sie am liebsten alles Selbst? _____ seit: _____

Entwickeln Sie Angst ohne ersichtlichen Grund? _____ seit: _____

Sind Sie geistig voll leistungsfähig
und können sich konzentrieren _____ seit: _____

Nehmen Sie Präparate zur Stressbewältigung oder Aufheiterung?

z.B. Drogen, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel

Welche: _____

Interessieren Sie sich für Übungen zur mentalen Balance?

Sehr ungern

teilweise

gerne, wenn es hilft

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Ernährung

Rauchen Sie? Ja Nein

Packungen am Tag _____

Seit wie vielen Jahren _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wasser: _____

Süßgetränke: _____

Tee: _____

Kaffe: _____

Anderes: _____

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche?

Bier: _____

Nur zu besonderen Anlässen

Wein: _____

Hochprozentig: _____

Halten Sie sich an eine bestimmte Ernährungsweise? Ja Nein

Vollwert

Vegetarisch

Vegan

Paleo

Low-Carb

Ketogen

Anderes: _____

Wie viel Portion Obst und Gemüse essen sie täglich?

Nie/Wenig 1 bis 2 Hand voll 3 bis 4 Hand voll 5 Hand voll oder mehr

Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Milchprodukten ein?

Nie/Wenig Mäßig (1-2 mal) Oft (3-4 mal) Häufig (mehr als 5 mal)

Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Fleischprodukten/Wurst ein?

Nie/Wenig Mäßig (1-2 mal) Oft (3-4 mal) Häufig (mehr als 5 mal)

Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Fischprodukten ein?

Nie/Wenig Mäßig (1-2 mal) Oft (3-4 mal) Häufig (mehr als 5 mal)

Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten Mehlprodukten (Nudeln, Brötchen, Pizza, ...) ein?

Nie/Wenig Mäßig (1-2 mal) Oft (3-4 mal) Häufig (mehr als 5 mal)

Wie schätzen Sie die tägliche Menge an verzehrten zuckerhaltigen Produkten (Marmalade, Kekse, Schokolade, Limonade, Kuchen, ...) ein?

Nie/Wenig Mäßig (1-2 mal) Oft (3-4 mal) Häufig (mehr als 5 mal)

Wollen Sie ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe verbessern?

Sehr ungern

teilweise

gerne, wenn es hilft

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Wie ist ihre Essverhalten/Appetit und Trinkverhalten/Durst?

- Appetitlos Heißhunger Sehr durstig
 Kein Durst
 Viele kleine Mahlzeiten Nur Hauptmahlzeiten Essen auch Nachts

Verlangen nach: (mehrere Möglich) Keine Auffälligkeiten

- Süß Pikant Fleisch Obst Bitter
 Salzig Scharf Eier Gemüse Käse
 Sauer Fettig Milch Getreide Fisch

Abneigungen von: (mehrere Möglich) Keine Auffälligkeiten

- Süß Pikant Fleisch Obst Bitter
 Salzig Scharf Eier Gemüse Käse
 Sauer Fettig Milch Getreide Fisch

Haben sie ab und an eines der Folgenden Symptome?

- Zahnfleischbluten Herpes der Lippen
 Trockenheit im Mund Starken Mundgeruch

Wie ist ihre Verdauung?

- Völlegefühl n. d. Essen Sodbrennen
 Vermehrte Blähungen Vermehrtes Aufstoßen
 Stuhldrang nach Nahrung Übelkeit / Erbrechen nach Nahrung
 Unverdaute Nahrung im Stuhl Keine Auffälligkeiten

Stuhl

Stuhlgang

- Täglich: _____ Häufig Verstopfung Wechselhaft
 Unregelmäßig Häufig Durchfall Ungewöhnlich

Konsistenz des Stuhls (mehrere Antworten möglich)

- Dunkel Hell Gelb/Grau
 Hart Weich Knollig
 Schmierig Klebrig Schleimig
 Bleistiftstark Blutig mit viel Gas
 Kann Stuhl nicht halten Gefühl nicht fertig zu werden

Urin

Wie oft am Tag lassen Sie Wasser? Letzte Woche _____ am Tag

Wie viel und wie sieht ihr Urin aus? (mehrere Antworten möglich)

- Immer große Mengen Tröpfchenweise Normale Menge
 Transparent Hellgelb Dunkelgelb
 Pink bis rötlich Orange Malzbierbraun
 Blau/grün Schaumig/sprudelnd

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Männertemen

Gehen Sie zum Andrologen (Facharzt für Männer) Ja Nein

Haben sie Potenz- /Libidoprobleme? Ja Nein

In welcher Form: _____

Haben Sie wechselnde Liebespartner?

Nur 1 öfters andere keinen Partner

Hatten Sie im letzten halben Jahr den Verdacht einer Geschlechtskrankheit?

Ja Nein Unsicher

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen?

Häufigerandrang Nächtliches Wasserlassen
 Schwacher Harnstrahl Nachträufeln
 Gefühl der nicht entleerten Blase Inkontinenz

Ist eine der folgenden Erkrankungen bei ihnen diagnostiziert?

Prostata Hyperplasie Impotenz Krebs im Intimbereich

Oder Andere: _____

Haben Sie Sonstige Beschwerden die Sie gerne ansprechen wollen?

Datum:
Patient/in:



Naturheilpraxis Glashauser
Praxis für ganzheitliche Naturheilkunde

Wohnung

Ist Ihr Zuhause ein Erholungsort? Ja Nein, warum? _____

Haben Sie Haustiere? Ja, welche _____ Nein

Wird bei Ihnen zu Hause oder am Arbeitsplatz geraucht? Ja Nein

Haben oder hatten Sie zu Hause einen Schimmelbefall? Ja Nein

Schlaf

Haben sie Schlafstörungen? Ja Nein

Welche: _____

Wachen Sie nachts auf? Wie oft: _____ Um wie viel Uhr _____

Ist Ihre Nacht erholsam? Ja Nein

Schnarchen Sie während dem Schlaf? Sehr Intensiv Öfters Selten

Leiden Sie unter Nachtschweiß? Ja Nein Nur bei Krankheit

Wann sind Sie die letzte Woche durchschnittlich

zu Bett: _____ aufgewacht: _____
eingeschlafen _____ aufgestanden: _____

Was machen Sie 1 Stunde vor dem zu Bett gehen?

Haben Sie Nachts ...?

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> viele Träume | <input type="checkbox"/> Albträume | <input type="checkbox"/> keine Träume |
| <input type="checkbox"/> unruhige Beine | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |

Andere Erscheinungen: _____