Anamnesebogen

Ihre Angaben für den ersten Termin

NATURHEILPRAXIS
CLAUDIA SCHATTEN

Bitte nehmen Sie sich für diesen Bogen etwas Zeit. Sie können ihn am Computer ausfüllen oder ausdrucken und von Hand ausfüllen. Bringen Sie ihn zum ersten Termin mit oder schicken Sie ihn mir vorab per E-Mail an hpschatten@gmx.de. So bleibt im Gespräch mehr Zeit für das, was Ihnen wichtig ist.
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Füllen Sie nur aus, was Sie möchten, alles Weitere besprechen wir gemeinsam.

1. Persönliche Angaben

Name | **Vorname** | **Geburtsdatum**

Straße und Hausnummer | **PLZ und Ort**

Telefon | **E-Mail**

Beruf | **Größe (cm)** | **Gewicht (kg)**

Hausärztin oder Hausarzt | **Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?**

Versicherung ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Heilpraktiker-Zusatzversicherung

2. Was führt Sie zu mir?

Ihre wichtigsten Beschwerden oder Anliegen

Seit wann bestehen die Beschwerden? | **Was verbessert oder verschlechtert sie?**

Was haben Sie bisher unternommen (Untersuchungen, Behandlungen)?

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

3. Krankengeschichte

Bestehende oder frühere Erkrankungen (bitte ankreuzen):

- ☐ Schilddrüse
- ☐ Bluthochdruck, Herz
- ☐ Diabetes, Blutzucker
- ☐ Allergien, Heuschnupfen
- ☐ Asthma, Atemwege
- ☐ Hauterkrankungen
- ☐ Magen, Darm
- ☐ Leber, Galle
- ☐ Nieren, Blase
- ☐ Gelenke, Rücken
- ☐ Autoimmunerkrankung
- ☐ Migräne, Kopfschmerzen
- ☐ Depression, Ängste
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Infekte (z. B. EBV, Borreliose)

Weitere Erkrankungen und Diagnosen

Operationen und Unfälle (mit Jahr)

Allergien und Unverträglichkeiten (bitte ankreuzen):

- ☐ Pollen, Gräser
- ☐ Hausstaub, Milben
- ☐ Tierhaare
- ☐ Schimmelpilze
- ☐ Insektengift
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Medikamente (z. B. Penicillin)
- ☐ Nickel, Metalle
- ☐ Latex, Pflaster

Welche genau, und wie äußert sich die Reaktion?

4. Medikamente

Was nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf? (bitte ankreuzen)

- ☐ Schilddrüsenhormone
- ☐ Blutdruck-, Herzmittel
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Cholesterinsenker
- ☐ Diabetesmittel
- ☐ Pille, Hormone
- ☐ Magenschutz (Omeprazol o. Ä.)
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Antidepressiva
- ☐ Schlafmittel
- ☐ Allergiemittel
- ☐ Nasenspray
- ☐ Cortison
- ☐ Asthmaspray
- ☐ Naturheilmittel

Bitte mit Name und Dosis eintragen (auch Homöopathie, Schüßler-Salze, Bedarfsmedikamente)

Wann haben Sie zuletzt ein Antibiotikum genommen, und warum?

Haben Sie über längere Zeit Cortison genommen? Wann und warum?

5. Nahrungsergänzung

Am einfachsten: Machen Sie ein Foto Ihrer Präparate oder bringen Sie sie zum Termin mit.

- ☐ Multivitamin
- ☐ Vitamin D
- ☐ Vitamin B12
- ☐ Vitamin-B-Komplex
- ☐ Vitamin C
- ☐ Magnesium
- ☐ Eisen
- ☐ Zink
- ☐ Selen
- ☐ Jod
- ☐ Omega-3
- ☐ Probiotika
- ☐ Calcium
- ☐ Basenpulver
- ☐ Heilpilze, Pflanzenextrakte

Präparat und Dosis

6. Schlaf

Wie schlafen Sie? ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Was trifft auf Sie zu?

- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ nächtliches Aufwachen
- ☐ zu frühes Erwachen
- ☐ morgens nicht erholt
- ☐ Grübeln im Bett
- ☐ Schnarchen, Atemaussetzer
- ☐ nachts Wasserlassen
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ Müdigkeit am Tag

Zubettgehen (Uhrzeit) | **Aufstehen (Uhrzeit)** | **Schlafdauer (Stunden)** | **Wach um (Uhrzeit)?**

7. Ernährung und Verdauung

Ernährungsform ☐ gemischt ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere

Wie sieht ein typischer Tag aus? (Frühstück, Mittag, Abend, Zwischenmahlzeiten)

Was trifft auf Sie zu?

☐ Heißhunger auf Süßes ☐ Müdigkeit nach dem Essen ☐ Blähungen
☐ Völlegefühl ☐ Sodbrennen ☐ Verstopfung
☐ Durchfall ☐ Bauchschmerzen ☐ Appetitlosigkeit

Trinkmenge pro Tag (Liter) | **Kaffee, Schwarztee (Tassen)** | **Stuhlgang (wie oft?)**

Was vertragen Sie schlecht, worauf verzichten Sie bewusst?

8. Lebensweise

Stress im Alltag ☐ gering ☐ mittel ☐ hoch

Energie im Alltag ☐ gut ☐ schwankend ☐ gering

Rauchen ☐ nein ☐ ja ☐ früher

Bewegung und Sport (was, wie oft?) | **Alkohol (wie oft?)**

Was tut Ihnen gut, wobei können Sie entspannen?

9. Für Frauen: Zyklus und Hormone

Zyklus ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ keine Periode mehr

Blutung ☐ schwach ☐ normal ☐ stark

Zykluslänge (Tage) | **Blutungsdauer (Tage)** | **Erster Tag der letzten Periode**

Beschwerden rund um den Zyklus:

☐ Regelschmerzen ☐ Brustspannen ☐ Kopfschmerzen, Migräne
☐ Stimmungsschwankungen ☐ Heißhunger ☐ Wassereinlagerungen
☐ Schmierblutungen ☐ Zwischenblutungen ☐ Unreine Haut

Wechseljahre ☐ nein ☐ ja

☐ Hitzewallungen ☐ Schlafstörungen ☐ Scheidentrockenheit

☐ Gewichtszunahme ☐ Gelenkschmerzen ☐ Stimmungstiefs

Wechseljahre seit (Jahr)

Schwangerschaften, Geburten, Fehlgeburten

Verhütung, Hormone

10. Familie

Erkrankungen in der Familie (z. B. Schilddrüse, Diabetes, Herz, Krebs)

11. Was ich sonst noch wissen sollte

Platz für alles, was Ihnen wichtig ist

12. Kontakt für Terminabsprachen

Wie darf ich Sie für Terminabsprachen und Erinnerungen kontaktieren? Die Angabe ist freiwillig, Mehrfachauswahl ist möglich.

Kontakt gern per ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ SMS ☐ WhatsApp

Per SMS und WhatsApp versende ich nur organisatorische Nachrichten wie Terminbestätigungen oder Erinnerungen, keine Befunde oder Gesundheitsinformationen. Bei WhatsApp werden dabei Daten an den Anbieter Meta übermittelt. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit formlos widerrufen. Mehr dazu in meiner Datenschutzerklärung auf der Website.

Bitte bringen Sie, wenn vorhanden, auch aktuelle Laborwerte, Befunde und Arztberichte mit. Kommen Sie wegen Ihrer Schilddrüse oder Ihrer Hormone, füllen Sie bitte zusätzlich den Zusatzbogen Schilddrüse und Hormone aus, den Sie ebenfalls auf meiner Website finden.
Hinweis zum Versand: E-Mails werden in der Regel unverschlüsselt übertragen. Wenn Ihnen das nicht recht ist, bringen Sie den Bogen gern ausgefüllt zum Termin mit.

Datum

Unterschrift