



Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und in Ruhe aus, damit Sie mich über Ihren Gesundheitszustand informieren können. Denken Sie dabei an alle wichtigen und scheinbar unwichtigen Details. Sie können das PDF-Formular so weit ausfüllen, wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es, mithilfe des Sende-Buttons am Ende des Formulars, an meine E-Mail Adresse. Alles Weitere besprechen wir in unserem ersten Gespräch in meiner Praxis.

Vorname + Name:	<input type="text"/>		
Straße + Hausnr.:	<input type="text"/>		
PLZ + Ort:	<input type="text"/>		
Geb. Datum:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
verheiratet <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>	seit <input type="text"/>
		Kinder: nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		Anzahl	<input type="text"/>

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in meine Praxis?

Seit wann Wie oft Wie lange haben Sie die Beschwerden?

Wie viele Ärzte, Kliniken oder Heilpraktikern haben Sie wegen dieser Beschwerden bisher schon aufgesucht?

Welche Untersuchungen wurden hierbei durchgeführt?

Röntgen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gluten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
CT	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelunverträglichkeit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
MRT	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Milchzucker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
EEG/EKG	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Fruchtzucker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Magenspiegelung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Darmspiegelung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Labor	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Sonstige	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche:

Sind Sie aktuell in weiterer Behandlung?

Krankenhaus nein ja

Arzt nein ja

Physiotherapeuten nein ja

Osteopathen nein ja

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern nein ja

Röteln nein ja

Windpocken nein ja

Keuchhusten nein ja

Scharlach nein ja

Mumps nein ja

Wurden Sie gestillt? nein ja

Sind Sie auf natürlicher Weise zur Welt gekommen? nein ja

Hatten Sie folgende Operationen?

Blinddarm nein ja

Polypen nein ja

Muttermale nein ja

Gebärmutter nein ja

Wirbelsäule nein ja

Unfälle nein ja

Mandeln nein ja

Gallensteine nein ja

Warzen nein ja

Brust nein ja

Darm nein ja

Prostata nein ja

Sonstige:

Haben Sie Vorerkrankungen:

Bluthochdruck nein ja

Herzinfarkt nein ja

Gicht nein ja

Schlaganfall nein ja

Zuckerkrankheit nein ja

Allergien nein ja

Tumorerkrankungen nein ja

Rheumatische Erkrankungen nein ja

Fettstoffwechselstörung nein ja

Herzmuskelschwäche nein ja

Tinnitus nein ja

Magenerkrankungen nein ja



Sonstige:

Familienanamnese:

Anzahl der Geschwister:

Krankheiten der Mutter:

Krankheiten des Vaters:

Krankheiten der Großmutter (mütterlicherseits):

Krankheiten des Großvater (mütterlicherseits):

Krankheiten der Großmutter (väterlicherseits):

Krankheiten des Großvaters (väterlicherseits):

Lebensführung:

Arbeiten Sie zu viel? nein ja

Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja

Leiden Sie unter Stress? nein ja

Fühlen Sie sich oft überfordert? nein ja

Alkohol nein ja

Kaffee nein ja

Nikotin nein ja

Süßigkeiten nein ja

Allgemeine Symptome:

Abgeschlagenheit nein ja

Antriebsarmut nein ja

Müdigkeit nein ja

Brüchige Nägel nein ja

Schwitzen Hände/Füße nein ja

Besserung durch Wärme nein ja

Besserung durch Kälte nein ja

Unruhe nein ja

Nachtschweiß nein ja

Herzklopfen nein ja

Geschwollene Füße nein ja

Geschwollene Hände nein ja

Appetit nein ja

Lust auf Süßigkeiten nein ja

Häufige Erkältungen nein ja

Haben Sie...

Amalgamfüllungen nein ja

Wurzelbehandelte Zähne nein ja

Anamnese-Fragebogen



Martina Mittermeier

Heilpraktikerin Detmold

Auf der Saalbreite 27

32756 Detmold

Tel. 05231 / 8705552

mittermeier@heilpraktikerin-detmold.de

www.heilpraktikerin-detmold.de

Goldfüllungen nein ja

Inlays nein ja

Zahnkronen nein ja

Tote Zähne nein ja

Häufige Aphten im Mund nein ja

Schmerzen:

Tiefsitzende Kopfschmerzen nein ja

Schulerschmerzen nein ja

Lendenwirbelsäule nein ja

Krämpfe nein ja

Verspannungen nein ja

Nackenschmerzen nein ja

Stirnkopfschmerz nein ja

Becken nein ja

Knie nein ja

Fuß nein ja

Frauen: Zyklus:

Starke Blutung nein ja

Schwache Blutung nein ja

Alle 4 Wochen nein ja

Zwischenblutungen nein ja

Schmerzen nein ja

Brustbeschwerden nein ja

Migräne nein ja

Wiederkehrende Infektionen nein ja

Spirale nein ja

Pille nein ja

Ausfluss nein ja

Regelmäßige Vorsorge nein ja

Unerfüllter Kinderwunsch nein ja

Sonstige:

Männer:

Schwierigkeiten beim nein ja

Wasserlassen

Nächtliches Wasserlassen nein ja

Häufige Infektionen nein ja

Regelmäßige urologische nein ja

Vorsorge

unerfüllter Kinderwunsch nein ja

Sonstige:



allgemein:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? Mal täglich, Mal wöchentlich

wässrig nein ja

wechselhaft nein ja

breiig nein ja

geformt nein ja

Blähungen nein ja

Wie viel und was genau trinken Sie täglich?

Was konsumieren Sie?

Zucker nein ja

Schokolade nein ja

Milchprodukte nein ja

Gummibärchen nein ja

Weißmehlprodukte nein ja

Kekse nein ja

Eier nein ja

Nüsse nein ja

Was essen Sie...

... zum Frühstück?

Wann?

... zum Mittagessen?

Wann?

... zum Abendessen?

Wann?

Nachmittagsvorlieben:

Abneigungen:



Unverträglichkeiten:

Gemütssymptome:

Ängste:

Alleinsein nein ja
Dunkelheit nein ja
Einbrecher nein ja
Tiere nein ja
Tod nein ja

Krankheit/Krebs nein ja
Enge/Höhe nein ja
Gewitter nein ja
Prüfungsangst nein ja
Existenzangst nein ja

Allgemein:

weinerlich nein ja
belastende Probleme nein ja
schnell wütend nein ja

Konzentrationsstörungen nein ja
gutes Selbstwertgefühl nein ja

Schlaf/Träume:

Schwierigkeiten...

... beim Einschlafen nein ja
... beim Durchschlafen nein ja
... durch frühes Erwachen nein ja
Mittagsschlaf nein ja
Zähneknirschen nein ja

erholsamer Schlaf nein ja
traumlos nein ja
bedrohliche Träume nein ja
schnarchen nein ja
Alpträume nein ja

Familienvorgeschichte:

Bluthochdruck nein ja
Diabetes nein ja
Asthma nein ja

Thrombosen nein ja
Krebs nein ja

Impfschutz bekannt? nein ja Bitte bringen Sie zu unserem Erstgespräch Ihren Impfausweis mit.

Weitere ärztliche Behandlung? nein ja

Wenn ja, bei wem/weswegen?:



Raum für weitere Notizen/Fragen:

Bitte denken Sie daran, diesen Anamnesebogen zu unserem Erstgespräch mitzubringen bzw. mir zuzusenden. Außerdem bitte ich Sie, alle Ihnen vorliegenden Krankenberichte und Laborwerte mitzubringen. Wenn Ihnen diese nicht vorliegen, wäre es schön, wenn Sie diese besorgen könnten. Wenn möglich, wäre eine Auflistung Ihrer bisher eingenommenen Medikamente/Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel sehr hilfreich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit für Ihre Gesundheit!

Ich freue mich auf unsere Zusammenarbeit, denn nur so können Sie gesund werden und bleiben!

per Email senden