

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, Herzlich Willkommen!

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von grosser Wichtigkeit. Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und ausführlich, und bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben am Ende des Bogens mit Ihrer Unterschrift.

Name.....Vorname.....

Geburtsdatum.....e-mail.....

PLZ.....Wohnort.....

Strasse, Haus-Nr.....

Telefon: privat.....beruflich.....mobil.....

Privat versichert	ja	nein
Gesetzlich versichert	ja	nein

Welche Hauptbeschwerden haben Sie? Seit wann?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Therapie(n) wurde(n) gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?

.....

.....

.....

Mit welchem Erfolg?

.....

.....

.....

Leiden Sie zusätzlich noch unter anderen Beschwerden?

.....  
.....  
.....  
.....

In welchem Alter hatten Sie das erste mal Ihre Periode? Wie ist Ihr Zyklus?  
Wann war Ihre letzte Periode?

.....  
.....

Gab es Schwangerschaften, Geburten, Fehlgeburten in Ihrem Leben?

.....  
.....

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung und  
Krebsvorsorgeuntersuchung?.....

Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft?.....

Wann war der letzte Vaginal- und Brust- Ultraschall ?.....

Wann war die letzte Mammographie?.....

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?.....

Welche Medikamente werden Ihnen regelmäßig verordnet? Bitte genaue Angaben:

.....  
.....  
.....  
.....

Welche Nahrungsmittelergänzungspräparate nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte genaue Angaben:

.....  
.....  
.....

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen in zeitlicher Reihenfolge

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gab es Operationen in Ihrem Leben? Und wenn ja wann?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Leiden Sie unter Allergien?**

Pollen.....Gräser.....Getreide.....Tierhaare.....  
Hausstaub.....Kreuzallergien gegen Nahrungsmittel?.....

**Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

Laktose.....Fruktose/Sorbit.....Histamin.....  
Gluten.....Kuhmilch.....  
andere Unverträglichkeiten?.....

**Wie ernähren Sie sich?**

Mischkost .....vegetarisch.....vegan.....  
wenig Obst/Gemüse.....tgl. mehrmals Obst/Gemüse.....

Haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika eingenommen? Und wenn ja wofür?

.....  
.....

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?.....

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?.....

Wie ist Ihre Größe? ..... Ihr Gewicht?.....

**Erkrankungen der Familie:** z.B. Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Embolie, Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankung, Asthma, Allergien, psychiatrische Erkrankungen? ggf Todesursache (mit Altersangabe)

Vater:.....

Mutter:.....

Geschwister.....

Großmutter Mutter.....

Großvater Mutter.....

Großmutter Vater.....

Großvater Vater.....

**Wie ist Ihr derzeitiger Allgemeinzustand?**

Leiden Sie unter körperlicher Erschöpfung?.....

Unter geistiger Leistungseinschränkung?.....

Haben Sie oder hatten Sie depressive Episoden?.....

Wie ist Ihr Schlaf? Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlaf-Störungen?.....

.....

Wie gesund fühlen Sie sich (auf einer Skala von 0-100%)?.....

.....

Datum und Unterschrift

**Wichtig:**

**Bitte bringen Sie sämtliche behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, fachärztliche Befunde) zum Termin mit.**