



Naturheilpraxis Straub • Björn Straub • Heilpraktiker
Im Naturparkhotel Waldsägmühle • Waldsägmühle 1 • 72285 Pfalzgrafenweiler
Telefon 0 74 56-28 70 21 4
info@naturheilpraxis-straub.de • www.naturheilpraxis-straub.de

ANAMNESEBOGEN

Datum: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

E-Mail

Beruf

Familienstand

Kinder

Hobby/Freizeitaktivitäten

Mit welchem Anliegen kommen Sie in die Praxis?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	Dosierung

Vorerkrankungen / Operationen

Sind familiäre Erkrankungen (bei Eltern, Großeltern, Geschwistern etc.) bekannt? (z.B. Krebs, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen, Allergien)

Erkrankung	bei wem?

Lebensführung

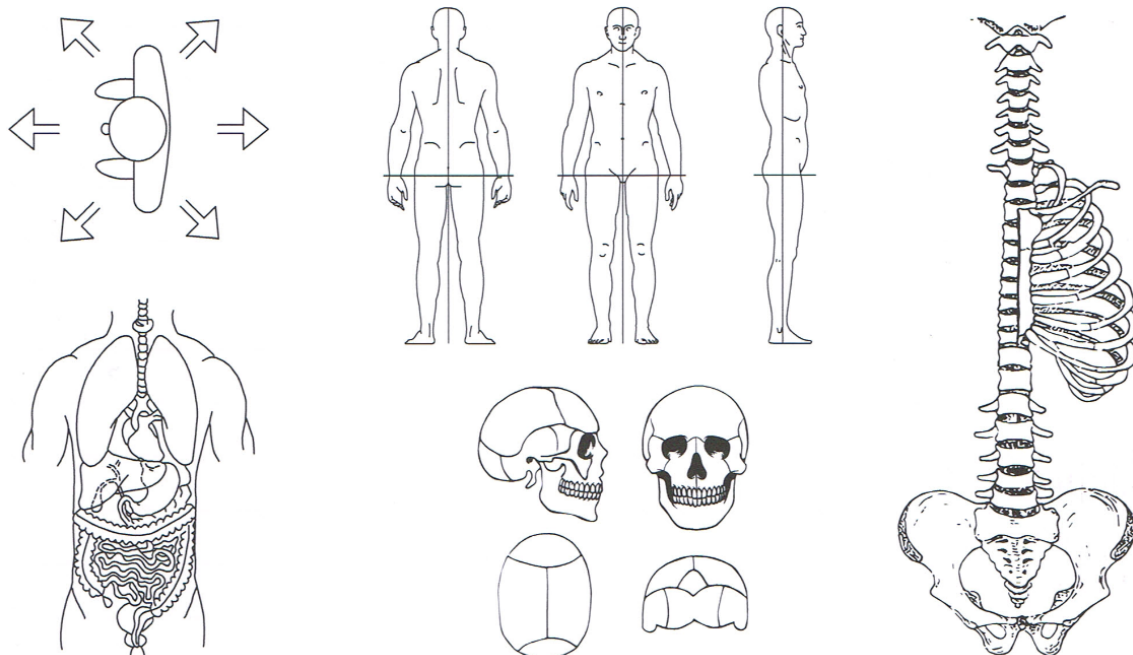
Essen Sie täglich Obst und Gemüse?	
Essen Sie täglich Fleisch / Wurst?	
Essen / Trinken Sie viel Süßes?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	
Tägliche Trinkmenge und was?	

Ernährungsgewohnheiten:

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich? Seit wann?	
Ist Ihr Schlaf erholsam? Schlafdauer?	
Leiden Sie an Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	
Haben Sie in letzter Zeit auffallend Gewicht verloren? auffallend zugenommen?	
Aktuelles Gewicht: Größe:	
Haben Sie derzeit / immer wieder Fieber?	
Sind Sie nervös?	
Haben Sie psychische eine Belastung?	

Bewegungsapparat

Rückenschmerzen wenn ja, wo?	
---------------------------------	--



Allergien

Medikamente - Wenn ja, welche?	
Blütenpollen - Wenn ja, welche?	
Hausstauballergie	
Tiere / Tierhaare	
Sonstige	

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Laktose (Milchzucker)	
Gluten (Zöliakie / Sprue)	
Nüsse	
Hühnereiweiß	
Fischeiweiß	
Milcheiweiß	

Kopf

Schwindel	
Ohnmachtsanfälle	
Epileptische Anfälle	
Kopfschmerzen - Wenn ja, wie häufig? - Hinterhaupt / Vorderhaupt / Gesicht - Nacken - Einseitig / beidseitig	
Augenprobleme - Wenn ja, welcher Art?	
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)?	
Hörprobleme	
Ohrschmerzen	
Ausfluß aus dem Ohr	
Haben Sie häufig oder lange Schnupfen?	
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	
Häufiges Nasenbluten	
Nebenhöhlenvereiterung (Sinusitis)	
Zahn- / Wurzelprobleme	
Haarausfall	

Hals

Halsschmerzen - Wenn ja, seit wann?	
Halsentzündung / Angina	
Schmerzen beim Schlucken - Wenn ja, seit wann?	
Kloßgefühl im Hals	
Wurden die Mandeln entfernt?	
Gefühl, dass Speisen im Hals stecken bleiben	
Heiserkeit	
Vergrößerung der Schilddrüse	

Brust

Husten - Wenn ja, seit wann?	
Auswurf Wenn ja, wie sieht er aus (blutig, eitrig, schleimig)?	
Atemnot - bei Belastung - in Ruhe	
Asthma bronchiale	
Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend - wenn ja, wie häufig / wann?	
Angina pectoris-Anfälle - wenn ja, wie häufig / wann?	
Herzjagen - wenn ja, wie häufig / wann?	
Herzstolpern / Herzrhythmusstörungen - wenn ja, wie häufig / wann?	
Blutdruck (falls bekannt)	

Bauch

Bauchschmerzen? Wenn ja, wo?	
Beschwerden / Schmerzen beim Essens	
Sodbrennen - Wenn ja, wann oder wie häufig?	
Unverträglichkeit von - Fleisch - Fettigen Speisen - Scharfe Speisen - Sonstige	

Übelkeit - Wenn ja, wann oder wie häufig?	
Erbrechen - Wenn ja, wann oder wie häufig?	
Verstopfung - Wenn ja, wie häufig?	
Durchfall - Wenn ja, wie häufig?	
Blut im / auf Stuhl	
Stuhlveränderungen Farbe Geruch Menge Beschaffenheit	

Niere / Harnblase / Geschlechtsorgane

Schmerzen in der Nierengegend	
Schmerzen beim Wasserlassen	
Vermehrtes Wasserlassen	
Vermindertes / erschwertes Wasserlassen	
Probleme, Wasser zu halten	
Nächtliches Wasserlassen	
(Blutiger) Ausfluss aus der Harnröhre	
Veränderung des Urins Farbe Geruch	
Haben Sie auffallend viel Durst?	

Arme / Hände

Geschwollene Gelenke - Wenn ja, wie häufig?	
Schmerzhafte Gelenke	
Gelenksveränderungen	
Schlafen Ihnen (z.B. nachts) die Hände ein?	
Durchblutungsstörungen der Hände	
Zittern Ihre Hände manchmal?	
Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen in Armen/Händen (Kribbeln, Taubheitsgefühl)?	
Sehnenscheidenentzündung	
Veränderungen der Handinnenflächen (Knoten etc.)	

Beine / Füße

Krampfadern	
Wadenkrämpfe (v.a. nachts)	
Schmerzen in Beinen / Füßen - Wenn ja, wann / wie häufig?	
Müssen Sie beim Gehen schmerzbedingt stehenbleiben? - Wenn ja, nach welcher Strecke?	
Geschwollene Beine / Füße / Knöchel - Wenn ja, wann / wie häufig?	
Schmerzen in der Hüfte, im Knie, Fußgelenken - Wenn ja, wann / wie häufig?	
Gefühlsstörungen in Beinen / Füßen (Taubheit, Kribbeln) - Wenn ja, wie häufig?	

Haut

Hautausschläge - Wenn ja, welcher Art? (z.B. eitrig, rot, juckend, Blasen, Pickel, Pusteln, Schorf) - Wo?	
Hautjucken - Wenn ja, wo?	
Schlechte Wundheilung	
Häufig blaue Flecken	

Gynäkologie

Wann war die erste Regelblutung?	
Wann war die letzte Regelblutung?	
Zyklusdauer (Tage)	
Blutungsstärke (schwach, normal, stark, sehr stark)	
Beschwerden im Zusammenhang mit Regelblutung	
Ausfluss	
Beschwerden im Bereich der Brüste	

Persönliches und berufliches Umfeld

Haben Sie eine stabile Partnerschaft?	
Fühlen Sie sich in Ihrer Familie wohl / aufgenommen?	
Haben Sie Freunde, mit denen Sie reden können?	
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse? Fühlen Sie sich zuhause wohl?	
Sind Sie am Arbeitsplatz starken Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing, starke psychische oder körperliche Belastung, Schichtdienste etc.)?	

Sind Sie beruflich oder privat regelmäßig Schadstoffen ausgesetzt (z.B. Dämpfe, Schwermetalle, Strahlungen, Amalgam etc.)	
Haben Sie große Sorgen / Ängste?	

Bemerkungen:

Lined area for notes, consisting of multiple horizontal gray bars.