

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung.

Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen.

Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen bis spätestens einen Tag vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank! Ihre Naturheilpraxis KuhlPra- Svenja Kuhlmann



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Gesetzliche Versicherung mit/ohne Zusatzversicherung oder Privat? \_\_\_\_\_

1

**1. Ihre momentanen Beschwerden**, weswegen kommen Sie zu mir/ wünschen Sie eine online Beratung?

---

---

---

---

**2. Gab es aus Ihrer Sicht einen Auslöser für Ihre Beschwerden?** Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

---

---

---

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?** Wenn ja, bitte ankreuzen:

Masern

Röteln

Windpocken

Mumps

Scharlach

**4. Welche Operationen hatten Sie? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Blinddarm

Mandeln

Sonstiges \_\_\_\_\_

**5. Welche diagnostizierten Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:**

Heuschnupfen

Tierhaare

Hausstaub

Penicillin

Lidocain

Acetylsalicylsäure z.B. Aspirin

Pollen

Milben

Metalle

Nahrungsmittel, bitte nennen: \_\_\_\_\_

Sonstige Allergien, bitte nennen: \_\_\_\_\_

2

**6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

Bluthochdruck

Diabetes

Fettstoffwechselstörung

Herzinfarkt

Asthma

Lungenerkrankung

Erbkrankheiten

Krebs

Sonstige \_\_\_\_\_

**7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:**

Anzahl Schwangerschaften .....

Anzahl Geburten .....

Einnahme der Pille O ja O nein

Monatsblutung O regelmäßig O schmerzhaft O unregelmäßig

**8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?**

---

---

**Welche Medikamente haben Sie evtl. früher für eine längere Zeit genommen?**

(z.B. Cortison, Schlafmittel, Antidepressiva, Schmerzmittel o.ä.) \_\_\_\_\_

**9. Zu Ihrer Person:**

Größe ..... Körpergewicht .....Anzahl Zigaretten/Tag .....

Blutdruck...../..... Ist er immer so? Ja Nein

Puls.....ist er immer so? Ja Nein

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? .....

Wogegen sind Sie geimpft? .....

Wann war die letzte Impfung?.....

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? .....

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? .....

Was essen Sie am liebsten? .....

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? .....

Haben Sie derzeit Stress? .....

Wie ist ihr Schlafverhalten? .....(Ein-, Durchschlafen)

Sonstige Anmerkung zu Ihrer aktuellen Situation:

---

---

---

---

---

---

---

---

**11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:**

Bluthochdruck

Diabetes

Magenerkrankung

Tumorerkrankung

Nierenerkrankung

Hautkrankheit

Rheuma

Asthma

Herzerkrankungen

Depression

Gicht

Fettstoffwechselstörung

Lebererkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Gallensteine

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

4

**12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? z.B. im Urlaub**

---

---

---

**13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

Amalgam

Amalgam entfernt

Kunststoff

Gold

Keramik

Weisheitszähne vorhanden?  ja  nein

Implantate  ja  nein

**14. Wie ist ihre Verdauung?** Bitte wieder ankreuzen:

- Völlegefühl n d. Essen
- Vermehrt Blähungen
- Verstopfung
- Sodbrennen
- Vermehrt Aufstoßen
- Hämorrhoiden
- Gastritis
- Helicobakter Pylori
- Durchfall
- Verstopfung und Durchfall im Wechsel
- Magengeschwür
- Appetitlosigkeit
- Stuhlgang täglich
- Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen, z.B. fette Speisen, Eiweiß, Zucker, Gluten etc.:

---

---

**15. Vertragen Sie Rohkost?**

ja  nein

Verursacht Rohkost Blähungen?  ja  nein

**16. Haben Sie Schmerzen** (Bitte genau, - wie oft, wie lange, wie intensiv?)

z.B. Kopf,- Gelenk- Rückenschmerzen

---

---

---

**17. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich aktuell?**

---

---

**18. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?**

---

---

**19. Haben Sie Narben? Wo?**

---

**20. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen/schicken**

---

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

---

---

**22. An was sind Ihre Eltern und anderen Verwandten erkrankt / verstorben?**

Mutter .....

Vater .....

Oma .....

Opa .....

Bruder .....

Schwester .....

**23. Gibt/ gab es Erkrankungen, die gehäuft in der Familie auftreten ?**

(z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Tumore etc. )

6

---

---

Hier ist Platz für die Informationen, die Ihnen noch wichtig sind

---

---

---

---

Und zu guter Letzt:

**Was wünschen Sie sich als Ergebnis durch meine Behandlung/ Beratung?**

---

---

---

Datum, Unterschrift .....