

Liebe Patientin, lieber Patient,

um meine Arbeit zu erleichtern und um sicher zu gehen, dass Sie wirklich an alles gedacht haben, was Sie mir über Ihren Gesundheitszustand sagen möchten, erhalten Sie vorab folgenden Anamnese-Fragebogen. Ich bitte Sie, diesen sorgfältig und in Ruhe auszufüllen, nur so können Sie an alle wichtigen und scheinbar unwichtigen Details denken. Setzen Sie sich aber bitte nicht unter Druck, füllen Sie den Bogen so weit aus, wie es Ihnen möglich und angenehm ist. Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären. Alle Angaben werden natürlich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

Meist kommen beim Ausfüllen des Anamnese-Fragebogens auch Ihrerseits Fragen auf. Notieren Sie sich diese, dann kann ich diese in unserem Erstgespräch mit beantworten.

Sollten Sie den Fragebogen auf dem PC ausfüllen, bitte ich Sie, eine andere Farbe für Ihre Antworten zu benutzen, damit diese sich von den Fragen deutlich abheben.

Datum:

Name: _____ Vorname: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Was ist Ihr wichtigstes Anliegen im Bezug auf ihren Besuch in meiner Praxis?



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Schäffler • Im Witthausfeld 30 • 32602 Vlotho

**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon +49 (0) 57 33 / 87 84 98
Fax +49 (0) 57 33 / 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann/ wie oft/ wie lange/ bei welchen Gelegenheiten?

Hauptbeschwerde:

Nebenbeschwerden:

Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z.B. Kopf-, Gelenk-, Rückenschmerzen) Werden die Schmerzen durch Bewegung besser oder schlechter?

**Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt und wann?
(bitte unter der Zeile mit ja/nein und Jahr der OP beantworten)**

Blinddarm/Leiste, Hoden/Mandeln/Galle/Magen/Unterleib/Auge/Ohr/Finger/

Zehen/Geschlechtsorgane/Muttermale, Wo?/Warzen, Wo?/Sonstige:

Hatten Sie Unfälle?

Knochenbrüche/Gehirnerschütterung/Verletzungen der Halswirbelsäule/

Schleudertrauma/Verbrennungen/Vergiftungen

Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Welche Untersuchungen wurden hierbei durchgeführt, wann und mit welchem Ergebnis?

Röntgen:

CT:

MRT:

Labor:

Abklärung einer (bitte mit ja/nein unter der Zeile beantworten)

Fruchtzucker/Milchzucker/Gluten/Nahrungsmittelunverträglichkeit

EEG/EKG:

Magen-/Darmspiegelung:

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Wenn möglich kurz erläutern, was durchgeführt bzw. untersucht wurde, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Sehr wichtig! Bitte genau!

An was sind Ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt und evtl. verstorben- und in welchem Alter und Jahr?

Vater

Mutter

Großmutter(mütterlicherseits)

Großmutter (väterlicherseits)

Großvater (mütterlicherseits)

Großvater (väterlicherseits)

Bruder

Schwester

Wieviele Geschwister haben Sie? Als wievielte(r) sind Sie geboren?

Sind Sie Single/verheiratet/geschieden/getrennt lebend/verwitwet und seit wann?

Jetzige Lebensgemeinschaft/Partner/Partnerin - seit wann?

Haben Sie Kinder? Wann sind diese geboren?

Krankheiten/Symptome der eigenen Kinder (wenn vorhanden)?

Rauchen Sie? Ja/nein Wenn ja, seit wann und wie viele pro Tag?

Haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis)?

Alkohol, welche Sorte/wie oft pro Woche/wie viel?

Wurden Sie als Kind gestillt? Wie lange?

Wie war die eigene Schwangerschaft? Gab es Besonderheiten?

Wie war die Geburt?

Gab es Besonderheiten in der Kindheit- Krankheiten/Krankenhausaufenthalte/schwierige Lebenssituationen

PSYCHE:

Was glauben Sie, warum Sie diese Krankheit/Symptome bekommen haben?

**Was wird sich in Ihrem Leben/Ihrem Umfeld verändern, wenn Sie wieder
gesund sind?**

Sind Sie spirituell/gläubig?

Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Wie würden Sie sich einschätzen?

Antriebslos/traurig/unruhig/ängstlich/depressiv/schnell wütend/ weinerlich

Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen/Gedächtnisstörungen?

Wie ist Ihr Selbstwertgefühl?

Haben Sie Ängste? Höhenangst/Gewitter/Dunkelheit/Tiere/

Enge/Fahrstuhl/Flugzeug/Einbrecher/fremde Menschen/Zukunft....

Gibt es Tiere, die Sie besonders mögen/nicht mögen?

Können Sie gut allein sein?

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Was machen Sie im Alltag/Hobbies?

Machen Sie regelmäßig Sport? Welche Sportart über Sie aus? Geht es Ihnen nach dem Sport besser oder schlechter?

Gibt es belastende Probleme?

Wie hoch werten Sie Ihren Stress und seelische Belastung? (0=keine; 10=sehr hohe)

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? (0=keine Belastbarkeit; 10= sehr hohe Belastbarkeit)

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Wann gehen Sie zu Bett?

Machen Sie Mittagsschlaf? Wie lange?

Wie ist Ihr Schlaf? (Skala von 0=sehr schlecht bis 10=sehr gut)

Träumen Sie?

Wenn ja, was träumen Sie – immer wiederkehrende

Träume/Alpträume/realitätsbezogen/belastend/schön/bunt/schwarz-weiss

Wie oft wachen Sie nachts auf? Können Sie schnell wieder einschlafen?

Wie oft haben Sie Nachtschweiß/ Herzrasen?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Wie oft Schnarchen Sie?

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Schäffler • Im Witthausfeld 30 • 32602 Vlotho

**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon +49 (0) 57 33 / 87 84 98
Fax +49 (0) 57 33 / 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

Ist Ihr Arbeits-, Wohn- und Schlafplatz geopathisch und auf Elektrosmog untersucht?

**Ist in der Nähe des Wohn-, Arbeitsplatzes ein Funkturm installiert?
Wenn ja, in welcher Entfernung?**

Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Trockenheit, Sommer?

Wie reagieren Sie auf Kälte, Nässe, Winter?

Gibt es eine Jahreszeit, in denen Ihre Beschwerden verstärkt sind?

Gibt es eine Tageszeit, in denen Ihre Beschwerden verstärkt sind?

Haben oder hatten Sie Amalgam-, Gold- oder Palladiumfüllungen/Inlays/Kronen/Zahnersatz?

Wurde Amalgam entfernt? Wann?

Haben Sie wurzelbehandelte/tote Zähne?

Haben Sie Aphten im Mund?

Gibt es Zähne, die Sie häufiger merken?

Sind Ihre Zähne auf Zahnherde (Karies, Entzündungen, tote Zähne...) untersucht? Wann?

Welche Impfungen haben Sie erhalten und wann? (Bitte Impfausweis mitbringen, falls vorhanden)



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Schäffler • Im Witthausfeld 30 • 32602 Vlotho

**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon +49 (0) 57 33 / 87 84 98
Fax +49 (0) 57 33 / 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

Wie oft im Jahr sind Sie erkältet? Mit/ohne Fieber?

**Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___mal tgl. ___mal wöchentlich
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? Wässrig-breiig-geformt-wechselhaft
Welche Farbe und welchen Geruch hat Ihr Stuhl?**

Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau!

Was Konsumieren Sie? Bitte genau! Wie viel? Wie oft?

Zucker
Milchprodukte
Weißmehlprodukte
Eier
Nüsse
Süßigkeiten
Kuchen

**Was essen Sie
Zum Frühstück:**

Wann?

Zum Mittagessen:

Wann?

Zum Abendessen:

Wann?

Auf welche Lebensmittel/Getränke können Sie schwer verzichten?



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Schäffler • Im Witthausfeld 30 • 32602 Vlotho

**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon +49 (0) 57 33 / 87 84 98
Fax +49 (0) 57 33 / 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?

Zyklusblutung (bitte entsprechendes unterstreichen)

<2Wochen/alle 2 Wochen/alle 3 Wochen/alle 4 Wochen/alle 5 Wochen/alle 6 Wochen/>6 Wochen/ganz unregelmäßig/ keine mehr

Wie viel Tage starke Blutung? Wie viel Tage leichte Blutung?

Blutung stark/schwach/dunkel/hell/klumpig?

Zwischenblutungen?

Wiederkehrende Infektionen?

Ausfluss?

Unerfüllter Kinderwunsch/Fehlgeburten?

Datum der letzten Blutung?

Unterleibsschmerzen vor/während der Blutung/ Zyklusmitte?

Brustbeschwerden? Brustschmerzen vor/während der Regel?

Zyklusbedingt Schmerzen/Migräne/psychische Beschwerden?

Myome? Zysten? Endometriose?

Sexuelles Bedürfnis-Normal/abgeschwächt/erhöht ?

Beschwerden vor/während/nach dem Geschlechtsverkehr?

Weitere Beschwerden?

Spirale mit Hormon? Seit wann?

Spirale ohne Hormon? Seit wann?

Pille? Welche? Seit wann?

Bitte denken Sie daran, diesen Anamnese-Fragebogen bei unserem Erstgespräch mitzubringen. Außerdem bitte ich Sie, alle Ihnen vorliegenden Krankenberichte und Laborwerte mitzubringen. Falls Ihnen diese nicht vorliegen, wäre es schön, wenn Sie diese besorgen könnten. Wenn möglich wäre eine Auflistung der bisher eingenommenen Medikamente/Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel sehr hilfreich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit für Ihre Gesundheit!



Dr. med. Miriam Schäffler • Im Witthausfeld 30 • 32602 Vlotho

**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon +49 (0) 57 33 / 87 84 98
Fax +49 (0) 57 33 / 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

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