



**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

Herzlich willkommen in meiner Praxis!

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei mir, erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Bitte füllen Sie diesen sorgfältig und in aller Ruhe aus, damit Sie mich über Ihren Gesundheitszustand informieren können und so an alle wichtigen und scheinbar unwichtigen Details denken. Sie können das PDF-Formular direkt am PC so weit ausfüllen, wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es, mithilfe des Sende-Buttons am Ende des Formular, an meine E-Mail Adresse. Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären, selbstverständlich auch Fragen Ihrerseits, die beim Ausfüllen auftauchen können. Notieren Sie sich diese (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), damit ich Ihnen in unserem Erstgespräch diese Fragen beantworten kann.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Tel. (privat): _____ Tel. (geschäftlich): _____

verheiratet ledig verwitwet seit _____ Kinder: nein ja Anzahl _____

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in meine Praxis?

Hauptbeschwerden:

Nebenbeschwerden:

Seit wann? _____ Wie oft? _____ Wie lange? _____

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker 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"/>	EEG/EKG	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Labor	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Magenspiegelung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Milchzucker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Darmspiegelung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Fruchtzucker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Sonstige	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Welche? _____

Sind Sie aktuell in weiterer Behandlung?

Kliniken nein ja

Ärzte nein ja

Heilpraktiker nein ja

Physiotherapeuten nein ja

Osteopathen nein ja

Hatten sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern nein ja

Röteln nein ja

Windpocken nein ja

Mumps nein ja

Keuchhusten nein ja

Scharlach nein ja

Wurden sie gestillt? nein ja

Sind Sie auf natürliche Weise zur Welt gekommen? nein ja

Operationen:

Blinddarm nein ja

Mandeln nein ja

Polypen nein ja

Gallensteine nein ja

Muttermale nein ja

Warzen nein ja

Gebärmutter nein ja

Brust nein ja

Wirbelsäule nein ja

Darm nein ja

Unfälle nein ja

Sonstige: _____

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck nein ja

Herzinfarkt nein ja

Herzmuskelschwäche nein ja

Schlaganfall nein ja

Zuckerkrankheit nein ja

Fettstoffwechselstörung nein ja

Tumorerkrankungen nein ja

Rheumatische Erkrankungen nein ja

Allergien nein ja

Gicht 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 trotz genügend Schlaf 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 ...

Amalgam nein ja
 Gold nein ja
 Inlays nein ja
 Kronen nein ja

Wurzelbehandelte Zähne nein ja
 Tote Zähne nein ja
 Häufig Aphten im Mund nein ja

Schmerzen:

Tiefsitzende Kopfschmerzen nein ja
 Schulterschmerzen 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

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: _____

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___ Mal täglich, ___ Mal wöchentlich.

wässrig nein ja
 breiig nein ja
 geformt nein ja

wechselhaft nein ja
 Blähungen nein ja



Wie viel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau!

Was konsumieren Sie?

Zucker	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Schokolade	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Milchprodukte	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gummibärchen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Kekse	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Eier	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Nüsse	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Was essen Sie ...

... zum Frühstück?

Wann?

... zum Mittagessen?

Wann?

... zum Abendessen:

Wann?

Nahrungsmittelvorlieben:

Abneigungen:

Unverträglichkeiten:

Gemütssymptome:

Ängste:

Alleinsein	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Krankheit/Krebs	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Dunkelheit	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Enge/Höhe	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Einbrecher	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gewitter	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Tiere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Prüfungsangst	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Tod	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Existenzangst	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Allgemein:

weinerlich	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
belastende Probleme	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	gutes Selbstwertgefühl	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
schnell wütend	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gewitter	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>



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 Mitbehandlung? nein ja

Wenn ja, bei wem/weswegen?

Raum für Ihre Notizen/Fragen

Bitte denken Sie daran, diesen Anamnesebogen zu unserem Erstgespräch mitzubringen. 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!