



**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 ja

CT nein ja

MRT nein ja

Labor nein ja

Milchzucker nein ja

Fruchtzucker nein ja

Gluten nein ja

Nahrungsmittelunverträglichkeit nein ja

EEG/EKG nein ja

Magenspiegelung nein ja

Darmspiegelung nein ja

Sonstige nein ja



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

Prostata nein ja

Unfälle nein ja

Wirbelsäule nein ja

Darm 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): _____

Anamnese-Fragebogen



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Lebensführung:

- | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Arbeiten Sie zu viel? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Alkohol | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie regelmäßig Sport? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Kaffee | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Stress? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Nikotin | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich oft überfordert? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Süßigkeiten | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Symptome:

- | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Abgeschlagenheit | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Nachtschweiß | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Antriebsarmut | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Herzklopfen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit trotz genügend Schlaf | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Geschwollene Füße | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Brüchige Nägel | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Geschwollene Hände | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Schwitzen Hände/Füße | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Appetit | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Besserung durch Wärme | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Lust auf Süßigkeiten | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Besserung durch Kälte | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Häufige Erkältungen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Unruhe | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | | | |

Haben Sie ...

- | | | | | | |
|---------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Amalgam | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Wurzelbehandelte Zähne | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Gold | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Tote Zähne | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Inlays | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Häufig Aphten im Mund | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Kronen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | | | |

Schmerzen:

- | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Tiefsitzende Kopfschmerzen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Nackenschmerzen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Schulterschmerzen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Stirnkopfschmerz | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Lendenwirbelsäule | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Becken | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Krämpfe | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Knie | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Verspannungen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Fuß | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

Männer:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Schwierigkeiten beim Wasserlassen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Regelmäßige urologische Vorsorge | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Nächtliches Wasserlassen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Unbefriedigter Kinderwunsch | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Häufige Infektionen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | | | |

Sonstiges:

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

- | | | | | | |
|---------|-------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Wässrig | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Wechselhaft | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Breiig | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Blähungen | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| Geformt | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | | | |

