



**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](mailto:info@praxis-dr-schaeffler.com)

[www.praxis-dr-schaeffler.com](http://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

Mandelh 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): \_\_\_\_\_



## Lebensführung:

- |  |                               |                             |               |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Arbeiten Sie zu viel?                  | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Alkohol       | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| <b>Treiben Sie regelmäßigen Sport?</b> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | <b>Kaffee</b> | 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"/> | <b>Unerfüllter Kinderwunsch</b>  | 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"/> |             |                               |                             |



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"/>	<b>Kekse</b>	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!