



## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei uns erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitten wir Sie, den Bogen auszufüllen und ihn uns frühzeitig zukommen zu lassen.  
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sie können das PDF-Formular direkt am PC so weit ausfüllen wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es mithilfe des Send-Buttons am Ende des Formular an unsere 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 wir Ihnen in unserem Erstgespräch diese Fragen beantworten können.

**Name, Vorname:** ..... **Geburtsdatum:** .....

**Straße:** ..... **PLZ, Ort:** .....

**Beruf:** ..... **E-Mail:** .....

**Tel. (privat):** ..... **Tel. (geschäftlich):** .....

**Krankenkasse:** ..... **Hausarzt:** .....

**Größe:** ..... **Gewicht:** .....

**Wie wurden Sie geboren?**  spontane Geburt  per Kaiserschnitt  weiß ich nicht

**Wurden Sie gestillt?**  ja  nein  weiß ich nicht

**Beziehungssituation:** Ich bin  allein lebend  geschieden  verheiratet  
 in fester Partnerschaft  ich habe ..... Kind/er  ich habe keine Kinder  
 ich habe ..... Fehlgeburt/en  ich habe unerfüllten Kinderwunsch

**Derzeitige berufliche Tätigkeit:** ..... **Wochenarbeitszeit:** ..... h

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: .....  auf Empfehlung von: .....

Internet über:  Ärztebewertungsportale  Praxishomepage  Sonstiges: .....

### Welches Anliegen führt Sie zu uns?

.....

### Sind Sie aktuell in Behandlung?

Arzt  Heilpraktiker/in  Psychotherapeut/in  Physiotherapeut/in  Osteopath/in

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!)** Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z.B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75. Bitte aktuelle Medikamente mitbringen, falls vorhanden.

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis / Allergie / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression / Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Andere wichtige Erkrankungen	.....	.....	.....
Mutter verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann?..... Alter? .....	Woran? .....
Vater verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann?..... Alter? .....	Woran? .....

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?**

- noch nie oder  auffällig waren schon mal die:
- |   |                                      |  |  |                                    |
|---|--------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leberwerte       | <input type="checkbox"/> Nierenwerte | <input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte | <input type="checkbox"/> Cholesterin       | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Entzündungswerte | <input type="checkbox"/> Eisenmangel | <input type="checkbox"/> Blutarmut       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte |                                    |

**Infektanfälligkeit**

Grippe / Erkältung u.ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr  
 Blasenentzündung: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

**Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)**

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: ..... mal In Ihren **letzten 10 Jahren** insgesamt: .....mal

**Rauchgewohnheiten:**

- Ich bin Nichtraucher  immer schon  seit ..... Jahren  
 Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten pro Tag  früher rauchte ich ..... Zigaretten pro Tag

## Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit: .....	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	wann? .....	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	seit: .....	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	wann? .....	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit: .....
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit: .....	<input type="checkbox"/> Rhema	seit: .....
<input type="checkbox"/> Thrombose	wann? .....	<input type="checkbox"/> Hörsturz / Tinnitus	seit: .....
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	wann? .....	<input type="checkbox"/> Depression / Nervenleiden	seit: .....
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit: .....	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit: .....
<input type="checkbox"/> Asthma	seit: .....	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit: .....
<input type="checkbox"/> COPD / Emphysem	seit: .....	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit: .....
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit: .....	<input type="checkbox"/> Der letzte Allergietest war im Jahr: .....	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	wann? .....		

Wenn ja, welche? .....

## Veränderung Ihres Körpergewichts:

### Ich habe in den letzten 10 Jahren unter dem Strich:

mein Gewicht gar nicht verändert       ..... kg abgenommen       ..... kg zugenommen

### Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein       ja, ..... mal pro Woche für ca. .... Minuten. Sportart / -en: .....

### Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8       9 oder mehr Amalgamfüllungen

### Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

nein       ja, ich hatte       1-2       3-5       6-8       9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?       nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8

Überkronte Zähne?       nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8

Wurzelgefüllte / tote Zähne?       nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8

### Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern       nein       ja      Keuchhusten       nein       ja      Mumps       nein       ja

Röteln       nein       ja      Scharlach       nein       ja      Windpocken       nein       ja

### Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ..... mal pro Woche

regelmäßig       unregelmäßig

Konsistenz des Stuhls überwiegend:  hart       normal       breiig       Durchfall       wechselnd

**(fast) nie      ab und zu      häufig      (fast) immer      derzeit**

Blähungen	<input type="checkbox"/>				
Bauchschmerzen / -krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>				

## Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>				
Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niessen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl / Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>				
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit / Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne..)	<input type="checkbox"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Libido / Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>				

**Wie oft essen / trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal tägl.	mehrfach tägl.
Milch	<input type="checkbox"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Yoghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Brot / Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit / ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Coca Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>				
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>				

**Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?** ..... Liter

**Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?**

**Was erwarten Sie von unserer Behandlung?**

**Welche Ziele möchten Sie erreichen?**

**Bitte den Anamnesebogen eine Woche vor dem Ersttermin per Mail oder Post in die Praxis senden oder in der Praxis abgeben.**

**BITTE BRINGEN SIE UNBEDINGT IHREN IMPFAUSWEIS MIT!**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



Praxis für ganzheitliche Medizin  
**Dr. med. Miriam Schäffler**  
 Allgemeinmedizin Akupunktur  
 Naturheilverfahren Sportmedizin  
**Dr. med. Miriam Albertsmeyer** (ang.)  
 Innere Medizin

**Im Witthausfeld 30**  
**32602 Vlotho**  
 Fon 0 57 33 - 87 84 98  
 Fax 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)



**Im Witthausfeld 30 | 32602 Vlotho**  
Fon 0 57 33 - 87 84 98 | Fax 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)

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Anmeldung möchte ich Sie bitten, die folgenden Zeilen auszufüllen und die Vereinbarungen gründlich durchzulesen und zu unterzeichnen.

Bitte die zutreffenden Punkte ankreuzen.

### Anmeldung -Privat

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe: ja/nein

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

### Vereinbarung

In meiner Praxis werden Termine nur nach Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine auch ausschließlich nur für Sie reserviert.

Deshalb bitte ich Sie, bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Ich möchte Sie hiermit höflichst darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnostik- und Behandlungsmethoden von der Schulmedizin bisher noch nicht „wissenschaftlich“ anerkannt und daher auch nicht Bestandteil der ärztlichen Gebührenordnung sind und deshalb z.T. analog bewertet und abgerechnet werden müssen. Teilweise werden zudem Laborleistungen angefordert, die über das „allgemein medizinisch notwendige Maß“ hinausgehen, bzw. deren „medizinische Notwendigkeit“ durch Versicherer u.a. auf Grund von Sparmaßnahmen immer öfter in Frage gestellt werden. Dennoch erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle. Wegen des hohen Zeitaufwandes in der ganzheitlichen Medizin werde ich teilweise den 3,5-fachen Gebührensatz berechnen müssen.

Bitte beachten Sie, dass der erstattungsfähige Satz in der Regel nur der 2,3-fache ist.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

### **Vereinbarung zur Erstellung eines Lichtbildes zum Einpflegen in die Patientenakte**

Da ich ein sehr visueller Mensch bin und bei mir die chinesische Gesichtsdia­gnose als zusätzliches ganzheitliches diagnostisches Verfahren eine Rolle spielt, würde ich gerne ein Foto Ihres Gesichts machen, das natürlich vertraulich behandelt wird und nur zum Einpflegen in Ihre Patientenakte dient.

Ich würde mich sehr freuen und Sie würden meine Arbeit dadurch sehr erleichtern, wenn dies möglich wäre!

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

### **Vereinbarung Kontakt per E-Mail & WhatsApp**

Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Miriam Schäffler, mit mir per E-Mail/per WhatsApp zu kommunizieren, auch wenn dies keine gesicherten Verbindungen sind.

Diese Vereinbarung ist vor der Behandlung geschlossen worden. Jeder Vertragspartner hat eine Ausfertigung erhalten. Ein Widerruf dieser Vereinbarung ist jederzeit möglich.

### **Einverständniserklärung Privatliquidation per E-Mail**

Hiermit erklären Sie sich mit der Zusendung Ihrer Privatrechnung an unten aufgeführte E-Mail-Adresse einverstanden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Patient(in)

Dr .M. Schäffler

# Anleitung zum Ausfüllen der "Lebenslinie" s.u.



**Im Witthausfeld 30  
32602 Vlotho**

Fon 0 57 33 - 87 84 98  
Fax 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)

Liebe Patienten,

um Ihre Erkrankung und Ihre dazu gehörige Lebens- und Krankheitsgeschichte besser einordnen zu können, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie die sogenannte „**Lebenslinie**“ zusätzlich zum Anamnesebogen ausfüllen könnten.

Hier geht es uns darum, evtl. Ereignisse in Ihrem Leben im Zusammenhang mit Ihrer Krankengeschichte zu sehen. Häufig gibt es hierbei Zusammenhänge, denen man sich nicht bewußt ist. Dabei ist diese „Lebenslinie“ sehr hilfreich.

Häufig erkennen Patienten schon beim Ausfüllen dieses Bogens selbst Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und der Erkrankung.

Bitte füllen Sie das Blatt so aus, dass **oben besondere Ereignisse in Ihrem Leben wie z.B. Umzug, Hochzeit, Geburt/Todesfälle, Trennung, Jobwechsel etc.- am besten mit Datum stehen.**

**Unten tragen Sie Symptome/Beschwerden/Erkrankungen/Neuerkrankungen mit Datum bzw. ungefährem Zeitraum ein. Dabei sind auch Änderungen der Befindlichkeit wie Erschöpfung, Unruhe etc. wichtig.**

**Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen zu Ihrem Wohle und für Ihre Gesundheit!**

# Chronologischer Verlauf von Lebensereignissen und Erkrankungen



Praxis für ganzheitliche Medizin

**Dr. med. Miriam Schäffler**

Allgemeinmedizin Akupunktur  
Naturheilverfahren Sportmedizin

**Dr. med. Miriam Albertsmeyer** (ang.)  
Innere Medizin

**Im Witthausfeld 30  
32602 Vlotho**

Fon 0 57 33 - 87 84 98

Fax 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)

**EREIGNISSE  
IM LEBEN**

**GEBURT**

**JETZT**

**KRANK-  
HEITEN**