

## Anamnesebogen:

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

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

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



Heilpraktikerin Caroline Thinius  
Johannes-Wilhelm-Geiger-Weg 7  
24768 Rendsburg  
Tel.: 0177-2193122  
E-Mail: mail@heilpraxis-pura.de  
www.heilpraxis-pura.de

### Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
- Private Krankenversicherung
- Beihilfe
- Private Zusatzversicherung

### Grund Ihres Kommens:

- Bitte beschreiben Sie kurz Ihre jetzigen Beschwerden (die drei Hauptbeschwerden). -> Spalte 1
- Seit wann gibt es die Beschwerde, wann ist es zum ersten Mal aufgetreten? -> Spalte 2
- Welche Nummer (Skala 1-10) würden Sie Ihrer Beschwerde zuordnen (1 = sehr gering, 10 = extrem stark)? -> Spalte 3

Kurze Beschreibung jetziger Beschwerden (drei Hauptbeschwerden)	Seit wann?	1-10

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden, hat sich etwas verändert (vielleicht Auslöser)? z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente usw.

Was wurde schon unternommen, um die Beschwerden zu lindern? Arzt? Therapien?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie?  
(Bitte mitbringen!)

**Krankheitsgeschichte:**

Wie war Ihre Geburt? Gab es Komplikationen?

Was gab es vorher für Erkrankungen, Unfälle, Operationen? Kurz mit Zeitangabe dokumentieren!

Allergien (wenn möglich Zeitpunkt des ersten Auftretens dokumentieren).

Gab es Probleme während der Schwangerschaft/Geburt Ihres Kindes/Ihrer Kinder?

**Aktuelle Erkrankungen:**

Bitte zutreffende Beschwerde **unterstreichen**, ggf. ergänzen und eine Nummer (Skala 1-10) zuordnen (1 = sehr gering, 10 = extrem stark).

Kopfschmerzen? Wo? Wann?

Haare (z.B. Haarausfall, Schuppen)?

Augen (z.B. Bindegauatzündungen, kurz-/weitsichtig, grauer Star, Makula-Degeneration)?

Ohren (z.B. Geräusche, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, Schmerzen)?

Zähne (z.B. Wurzelbehandlung, Zahnfleischbluten, Weisheitszähne, Amalgan usw.)?

Problem mit Nase, Mandeln, Hals, Schilddrüse?

Problem mit Herz (z.B. Rhythmusstörungen, Druck, Infarkt), Blutdruck?

Lunge (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Auswurf)?

Leber (z.B. Entzündung, Alkohol wird schlechter vertragen)?

Galle (z.B. Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit)?

Magen (z.B. Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen)

Darm (z.B. Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blähungen)

Stuhlgang (z.B. täglich, jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, Verstopfung, Durchfall)

Niere/Blase (z.B. Steine, Entzündungen, Stechen im Rücken)

Arme, Beine Rücken (z.B. Schmerzen, Missemmpfindungen, Hautveränderungen, offene Wunden)

Gynäkologie (z.B. unregelmäßige Mens, Zwischenblutungen, Schmerzen, Pilze, Myome, Zysten, Abtreibungen, Abort) Verhütungsmittel?

Prostata (z.B. vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, oft nachts, Entzündungen)

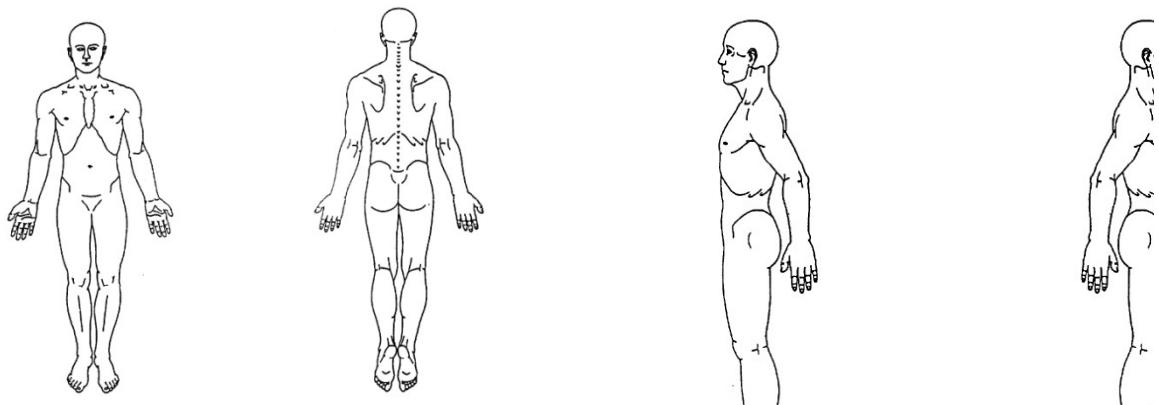
**Familie:**

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt (Großeltern, Eltern, Geschwister)?  
Z.B. Krebs, Tuberkulose, Depression, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten,  
Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine,  
Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.

Gibt es schwere Schicksale in Ihrer Familie?

**Allgemein:**

Wo haben Sie Narben und seit wann?  
(Bitte auch kleine Narben einzeichnen!)



Sie ernähren sich bevorzugt von (bitte ankreuzen):

- Fleisch/Wurst
- Milchprodukte
- Mehlspeisen
- Gemüse
- Vegetarisch
- Gemischt
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Rauchen:	O Ja	O nein	Wie viele?	Früher?
----------	------	--------	------------	---------

Alkohol:	Wie häufig?	Was?
----------	-------------	------

Fernsehen/PC:	Wie viele Stunden pro Tag?
---------------	----------------------------

Schlaf (bitte entsprechendes ankreuzen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                                   | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf   |
| <input type="checkbox"/> Häufiges nächtliches Erwachen<br>(Uhrzeit: _____) | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Einschlaf Schwierigkeiten                         | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß         |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                                    | <input type="checkbox"/> heiße Füße           |
|  | <input type="checkbox"/> Träume?              |

Welche Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Fitnesszustand? (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere?

Waren Sie im Ausland? Wo? Wann?

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. (Datum, Ort, Unterschrift)