

Naturheilpraxis Christiane Kusche

Hauptstrasse 19

67133 Maxdorf

Tel. 06237 – 9759750

Anamnesebogen von _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Welche Beschwerden haben Sie: _____

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

Hatten Sie Unfälle/Verletzungen? _____

Ihre Impfungen: _____

Welche Erkrankungen haben Sie durchgemacht?

Masern Mumps Windpocken Röteln Diphtherie Zeckenbisse Keuchhusten

Blasenentzündungen Epstein-Barr-Virus rheumatisches Fieber Scharlach

Lues Gonorrhoe AIDS Tuberkulose Hepatitis

Bluthochdruck - niederdruck Herzkrankheiten Thrombose Embolie Infarkt

Schlaganfall Glaukom Multiple Sklerose Epilepsie Magen-Darmerkrankungen

Gallenblasenerkrankungen Bauchspeicheldrüsenerkrankungen

Schilddrüsenerkrankung Diabetes (wiederkehrende) Unterzuckerungen

Nierenkrankheiten (wiederkehrende) Stirn- und Nasennebenhöhlenentzündungen

und Blasenentzündungen Lebererkrankungen Lungenerkrankungen Krebs

Seite zwei Anamnesebogen

Allergien/ Unverträglichkeiten: Lebensmittel - Kosmetika - Medikamente

Andere Erkrankungen oder besondere Ereignisse:

Welche Blutdruckwerte haben Sie? ____/____ Puls _____

Gewichtszunahme bzw. -abnahme, in welchem Zeitraum _____

Haben sie Nachtschweiß? _____ Traten Beschwerden nach einem

Auslandsaufenthalt auf? _____

Haben Sie Haustiere? _____

Wie viele Zigaretten _____ Alkohol, Was und Wieviel: _____

Kaffee _____ Wieviel: _____

Medikamente: Abführmittel Schlafmittel Schmerzmittel
Beruhigungsmittel Gerinnungshemmer Herztabletten Vitamine
sonstige Nahrungsergänzungsmittel _____

Drogen _____

Familienstand: ledig Partnerschaft verheiratet verwitwet geschieden getrennt

Seit _____

Kinder und Alter der Kinder _____

Erlerner Beruf _____

Ausgeübter Beruf _____

Seite drei Anamnesebogen

Belastung am Arbeitsplatz durch: Hitze Lärm Chemikalien Staub

Belastung durch: große Verantwortung Selbstständigkeit Mobbing

hohe Ansprüche an sich selbst

Arbeitsunfähig seit _____ wegen _____

Belastung durch finanzielle Unsicherheit sehr nein wenig

Erste Regel mit _____ Jahren Zyklusdauer _____ Tage

Menstruationsdauer _____ Tage Menopause mit _____ Jahren

Geburten _____ Gewicht über 9 Pfd _____ Totgeburten _____

Krankheiten in der Blutsverwandtschaft:

Tuberkulose _____

Diabetes _____

Steinleiden _____

Hochdruck _____

Schlaganfall _____

Herzinfarkt _____

Nervenerkrankungen _____

Krebs _____

Allergien _____

Sucht _____

Seite vier Anamnesebogen

Schlaf Dauer _____ Unterbrechung zu welcher Zeit _____

Unregelmäßige Unterbrechungen _____ Mittagsruhe _____ Minuten

Wie ernähren Sie sich? Fertigprodukte/Kantine Selbst zubereitet Vollwertig

Essen Sie gerne? Oder ist es eher ein notwendiges Übel?

WAS trinken Sie _____

WIEVIEL trinken Sie _____

Wann hatten Sie zuletzt Fieber _____

Stuhlgang tgl. alle _____ Tage Durchfall Verstopfung weicher Stuhl

Schmerzen _____ Blutungen _____

Müssen Sie nachts Wasserlassen? Wie oft? _____

Urinstrahl normal und kräftig unterbrochen und anstrengend Brennen

Farbe hellgelb dunkelgelb rötlich

Treiben Sie Sport? _____

Haben Sie genügend Zeit für sich selbst? _____

Haben Sie Hobbies? _____

Angaben zu Ihrer Lebensqualität: gut eingeschränkt stark eingeschränkt

Was würden Sie gerne in Ihrem Leben ändern?

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Std. vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____