

## Anamnesebogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, möchten wir Sie bitten diesen Anamnesebogen auszufüllen.

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Wie erreichen wir Sie am besten? \_\_\_\_\_

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

Grösse in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Notfall Kontakt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beziehung: \_\_\_\_\_

Ein paar wichtige Fragen:

1. Hatten Sie schon einmal eine Akupunktur Behandlung:  Ja  Nein

2. Sind Sie schwanger oder könnte es sein dass Sie schwanger sind?

Ja  Nein Wenn Ja wievielte Woche? \_\_\_\_\_

3. Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten auf bestimmte Medikamente, Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Reaktion? \_\_\_\_\_

Gründe des heutigen Besuchs (bitte nach Dringlichkeit auflisten):

1. \_\_\_\_\_ Beginn? \_\_\_\_\_

Was macht es besser? \_\_\_\_\_

Was macht es schlechter? \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Beginn? \_\_\_\_\_

Was macht es besser? \_\_\_\_\_

Was macht es schlechter? \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Beginn? \_\_\_\_\_

Was macht es besser? \_\_\_\_\_

Was macht es schlechter? \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie alle Symptome an die sie entweder jetzt haben oder in der Vergangenheit gehabt haben. Diese Informationen hilft uns eine korrekte Diagnose zu erstellen.

<b><u>Herz/Kreislauf</u></b>	<b><u>Jetzt</u></b>	<b><u>Vergangenheit</u></b>	<b><u>Nervensystem</u></b>	<b><u>Jetzt</u></b>	<b><u>Vergangenheit</u></b>
Schlechte Durchblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taubheit/Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopftrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b><u>Immunsystem</u></b>		
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wiederholte Erkältungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b><u>Verdauungstrakt</u></b>		
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Aufstossen/Rülpsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Muskel/Skelettsystem</u></b>			Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallenblasen Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischiasschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizdarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collitis/Krohns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darmblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Welche Medikamente, Vitamine, Kräuter oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Unfälle.

Art	Datum

**Ihre Gewohnheiten**

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wieviel \_\_\_\_\_ Seit wann \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Ja  Nein  Wie oft \_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee? Ja  Nein  Wieviel am Tag \_\_\_\_\_

Trinken Sie Soda/Cola? Ja  Nein  Wieviel am Tag \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? Ja  Nein  Wie oft \_\_\_\_\_ Welche \_\_\_\_\_

Haben Sie viel Stress? Ja  Nein  Wie oft \_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Ja  Nein  Wie oft \_\_\_\_\_ Welchen \_\_\_\_\_

**Ernährung** (Bitte beschreiben Sie:)

Ein gewöhnliches Frühstück:

---

---

Ein gewöhnliches Mittagessen:

---

---

Ein gewöhnliches Abendessen:

---

---

Zwischenmahlzeiten/Snack:

---

---

Haben Sie besondere Diätvorschriften oder Einschränkungen in Ihrer Ernährung?

---

---

Gibt es noch irgendetwas etwas über Ihre Gesundheit oder Ihren Lebensstil das Sie mir mitteilen möchten?

---

**Für Frauen**

Erste Menstruation (Menarche): \_\_\_\_\_

Bitte notieren Sie das Datum der letzten drei Menstruationen:

---

Haben Sie Probleme mit den folgenden Beschwerden? Wenn Ja, bitte jeweils mit einem Kreis markieren.

Unregelmässiger Zyklus

Ungewöhnlicher Ausfluss

Menopause Symptome

Prämenstruelles Syndrom

Brustknoten

Starker/Schwacher Fluss

Unerfüllter Kinderwunsch

Anderes: \_\_\_\_\_

Sind Sie in der Menopause? Ja  Nein  Seit wann \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Empfängnisverhütung? Ja  Nein

Welche Methode? \_\_\_\_\_