

# Anamnesebogen

Für eine ganzheitliche, medizinische Behandlung



Mensch. Umwelt. Medizin.  
Privatpraxis Kalchreuth

Dr. med. Elisabeth Riß-Schuderer

Heroldsbergerstraße 23 a  
90562 Kalchreuth

Telefon: 0911/56957260

Telefax: 0911/56957261

Email: info@praxis-kalchreuth.de

## II. Angaben zur Person

Nachname: \_\_\_\_\_ Versicherter: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beihilfe: ja nein

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ich komme auf Empfehlung / Überweisung von (bitte genaue Bezeichnung ob Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut, Heilpraktiker, ect)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gewicht:

\_\_\_\_\_

Größe:

\_\_\_\_\_

:

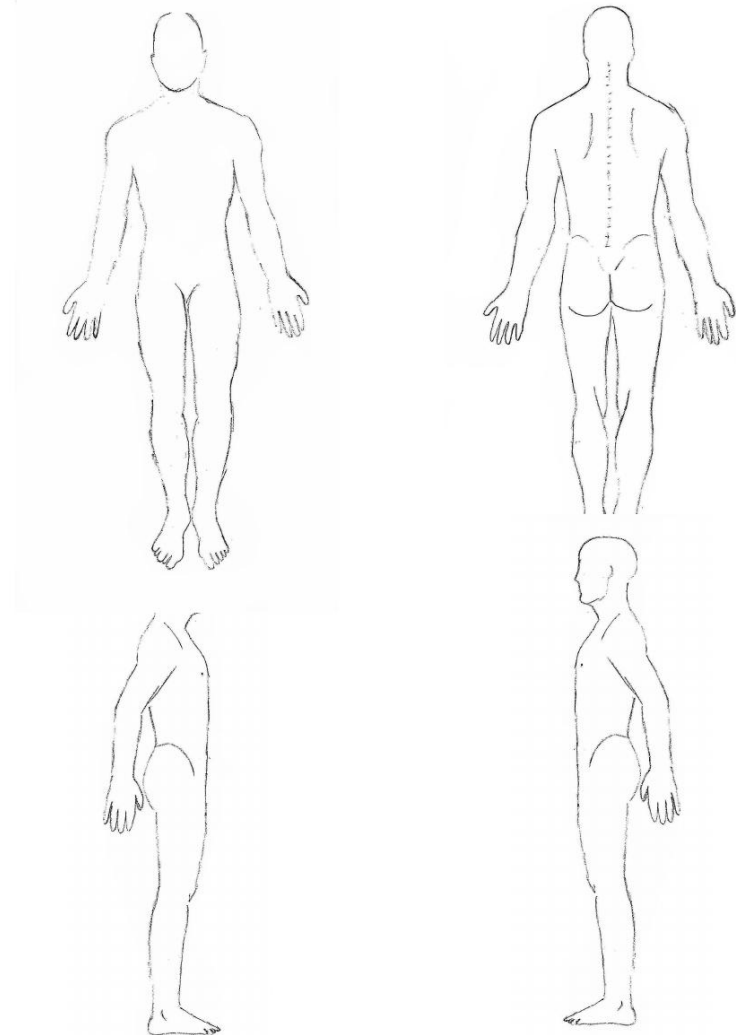
I. Medizinische Anamnese

A. Krankheitsgeschichte

Geburtsstörungen; Schwangerschaftskomplikationen	_____
Erkrankungen: (bitte mit Zeitangabe bzw. Dauer)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Unfälle / Operationen: (Zeitangabe, evtl. Krankenhäuser)	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Allergien und Unverträglichkeiten  (wenn möglich Zeitangabe des ersten Auftretens)	_____ _____ _____ _____

B. Körperstatus

Bitte markieren Sie mit einem roten Stift die Hauptschmerzstellen und mit einem blauen Stift die Narben und mit grün eventuelle Piercings an Ihrem Körper.



Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### C. Akute Beschwerden

Häufig	Kopfschmerzen (wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation, Zeiten) <hr/> Mandelentzündung Halsschmerz Schnupfen Müdigkeit, wann am stärksten? _____ Appetitlosigkeit Heißhunger auf Süßes Schwindel Schwitzen Schlafstörungen Stimmungsschwankungen Konzentrationsstörungen
Herzbeschwerden	Rhythmusstörungen Koronare Herzkrankheiten Bluthochdruck Zustand nach Infarkt andere:
Verdauungsstörungen	Blähungen Bauchschmerzen Übelkeit häufiger Durchfall häufig Verstopfungen Abführmittel notwendig Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung normaler Stuhlgang Magen: Sodbrennen, ständiges Völlegefühl Leber/Galle z.B. Fettunverträglichkeit Bauchspeicheldrüse, z.B. Diabetes andere Unverträglichkeiten: welche? <hr/> andere Verdauungsbeschwerden: welche?
Lungen- und/ oder Bronchialerkrankungen Asthma, Atemnot, Husten	ja; welche? <hr/> <hr/>

Ohrgeräusche	ja _____
Schilddrüsenstörungen	ja _____
Muskelbeschwerden:	ja _____ _____
Rückenbeschwerden, Gelenkschmerzen	ja; welche? _____ _____
Psychische Erkrankungen:  Bulimie, Angststörungen, Anorexie, andere...	ja; welche? _____ _____ _____
Zeckenbiss (wann und wo); auffällige Insektenstiche	_____ _____ _____
Störungen der Nieren/ Blase	ja; welche? _____ _____
Gynäkologische Beschwerden, Zykluslänge und Intensität, Regelmäßige Menstruation	ja; welche? _____ _____ ja    nein
Prostatabeschwerden	ja
Kälte-/ Wärmeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja _____
Zähne, Kiefer und Biss	Füllungen, wo? _____ Implantate, Brücken, Kronen? Material _____ fehlende Zähne (z.B. Weißheitszähne) welche? _____ _____ Kieferorthopädische Behandlung _____ _____ Retainer _____ Beschwerden (z.B. Schmerzen), welche? _____ _____

