# Anamnesebogen

Für eine ganzheitliche, medizinische Behandlung



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: Beihilfe: Geburtsdatum: 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:

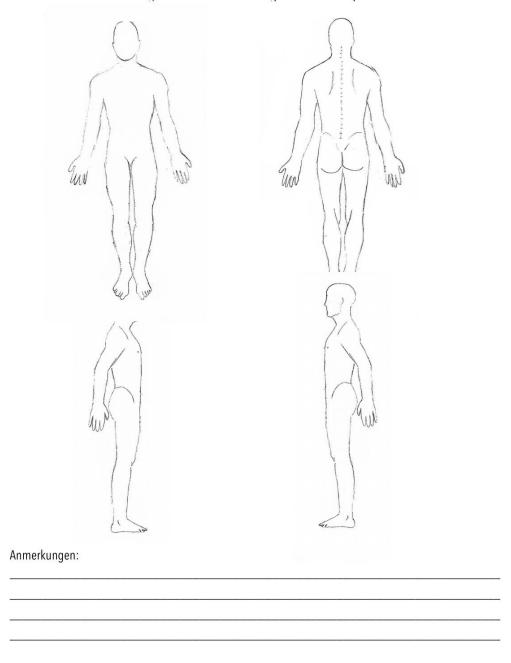
Größe:

### I. Medizinische Anamnese

# A. Krankheitsgeschichte

Geburtsstörungen; Schwangerschaftskompli-	
kationen	
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.



### C. Akute Beschwerden

Häufig	Kopfschmerzen (wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation, Zeiten)
Пашід	Kopischmerzen (wenn ja, Haungkeit, Lokansation, Zeiten)
	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:
Verdauungs-	Blähungen
störungen	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?
	andere Verdauungsbeschwerden: welche?
Lungen- und/ oder Bronchialerkrankungen Asthma, Atemnot,	ja; welche?
Husten	
22.000 P. 000 P. 000	

Ohrgeräusche	ja
Schilddrüsen-	ja
störungen	
Muskelbeschwerden:	ja
Rückenbeschwerden,	ja; welche?
Gelenkschmerzen	
2 1. 1	
Psychische	ja; welche?
Erkrankungen:	
Bulimie,	
Angststörungen,	
Anorexie, andere	
Zeckenbiss (wann und	
wo);	
auffällige	
Insektenstiche	
Störungen der	ja; welche?
Nieren/ Blase	ja, weithe:
	. 110
Gynäkologische	ja; welche?
Beschwerden,	
Zykluslänge und	
Intensität,	
Regelmäßige Menstruation	ja nein
Prostatabeschwerden	** · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Kälte-/	ja
Wärmeempfindlichkeit	□ ja
Zähne, Kiefer und	Füllungen, wo?
Biss	Implantate, Brücken, Kronen? Material
5.55	fehlende Zähne (z.B.Weißheitszähne) welche?
	The second secon
	Kieferorthopädische Behandlung
	J
	Retainer
	Beschwerden (z.B. Schmerzen), welche?

# D. Ernährung

Bevorzugte Ernährung	Fleisch und Wurst
200	Mehlspeisen
	Milchprodukte
	Gemüse
	Vegetarisch
	Vegan
	Gemischt
	Wie viel trinken Sie pro Tag? (ohne Kaffee, grünen oder schwarzen Tee, und ohne
	Alkohol)Liter

# E. Genussmittel

Alkohol	ja, wie häufig
Kaffee	ja, wie häufig
Zigaretten	ja, Anzahl pro Tag: Stück

# F. Medikamente

Bezeichnung	Menge, Einnahmezyklen

# G. Impfungen

Art der Impfung	Vollständiger	Nebenwirkungen?
	Schutz?	
	ja	ja; welche?
	ja	ja; welche?
	ja	ja; welche?

	ja	ja; welche?
	ja	ja; welche?
	ja	ja; welche?
H. Sonstiges		
Haben Sie Haustiere? ja; welche?		
Auslandsaufenthalte (bitte unte	er Angabe von Land un	nd Dauer) :
	-127-1018-12-128121-28-1120-21	
III. Lebenssituation		
ledia aeschieden aetr	ennt verwitwet v	verheiratet in einer Partnerschaft
seit:		rerheiratet in einer Partnerschaft
seit: Kinder: ja, wie viele?		
seit: Kinder: ja, wie viele?		
seit: Kinder: ja, wie viele? Alter der Kinder: Berufliche Situation:		
seit: Kinder: ja, wie viele? Alter der Kinder: Berufliche Situation: arbeiten Sie derzeit? nein	ja, als	
seit: Kinder: ja, wie viele? Alter der Kinder: Berufliche Situation: arbeiten Sie derzeit? nein Art der Tätigkeit: überwiege	ja, als nd sitzend, stehend,	, gemischt
seit:  Kinder: ja, wie viele?  Alter der Kinder:  Berufliche Situation:  arbeiten Sie derzeit? nein  Art der Tätigkeit: überwieger  persönliches Empfinden bei de	ja, als nd sitzend, stehend,	
seit: Kinder: ja, wie viele? Alter der Kinder: Berufliche Situation: arbeiten Sie derzeit? nein Art der Tätigkeit: überwiege	ja, als nd sitzend, stehend,	, gemischt
seit:  Kinder: ja, wie viele?  Alter der Kinder:  Berufliche Situation:  arbeiten Sie derzeit? nein  Art der Tätigkeit: überwieger  persönliches Empfinden bei de	ja, als nd sitzend, stehend,	, gemischt
seit:  Kinder: ja, wie viele?  Alter der Kinder:  Berufliche Situation:  arbeiten Sie derzeit? nein  Art der Tätigkeit: überwieger  persönliches Empfinden bei de  Hobbies:	ja, als nd sitzend, stehend, er Ausübung: gestre	, gemischt
seit:  Kinder: ja, wie viele?  Alter der Kinder:  Berufliche Situation:  arbeiten Sie derzeit? nein  Art der Tätigkeit: überwieger  persönliches Empfinden bei de  Hobbies:	ja, als nd sitzend, stehend, er Ausübung: gestre	, gemischt esst, entspannt, unterfordert, überfordert