

Anamnesebogen



**Gesundheitszentrum
manus artem**

Petra Zallmann, Heilpraktikerin
Malchiner Straße 8, 17192 Waren (Müritz)
Tel.: 0175 - 11 63 600
E-Mail: info@manus-artem.de

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefon:		Familienstand:	
Kinder:			
erlernter Beruf:		derzeit ausgeübter Beruf:	
Körpergröße:		Körpergewicht:	

Was macht Ihnen aktuell am meisten Probleme?

Was haben Sie bisher schon gegen Ihre Beschwerden unternommen?

(Untersuchungen, Therapie, Medikamente)

Welche anderen (organischen) Erkrankungen oder Beschwerden gibt es/gab es noch?

Bitte **jede** Beschwerde auflisten, wobei 0 keine und 10 die stärkste Intensität darstellt

Beschwerde/Beschreibung	seit wann	Intensität (0-10)

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle, Verletzungen? Wann/Was:



Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| ☐ Noch nie | ☐ Leberwerte | ☐ Nierenwerte | ☐ Cholesterin |
| ☐ Blutzuckerwerte | ☐ Entzündungswerte | ☐ Eisenmangel | ☐ Schilddrüsenwerte |

Bitte bringen Sie Ihre alten Laborbefunde zur ersten Behandlung mit!

Haben Sie jemals Antibiotika (inkl. Kindheit) und/oder Cortison genommen?

Wann, warum, wie lange?

Sind Allergien bekannt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann und wogegen?

Wurde ein Allergiepass ausgestellt?

☐ ja ☐ nein

Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Tumorerkrankungen | ☐ Herzinfarkte | ☐ Gicht |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Depression | ☐ Rheuma | ☐ Zeckenbiss |
| ☐ Diabetes | ☐ Asthma/COPD | ☐ Herzerkrankung | ☐ Lebererkrankung |
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Hörsturz | ☐ Raynaud-Syndrom | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Magen-Darmerkrankung | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ Gallensteine |
| ☐ Migräne | ☐ Tinnitus | ☐ Thrombose/Embolie | |

Leiden oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Symptom	nie	selten	häufig	(fast) immer	früher	derzeit
Husten						
Verschleimtes Gefühl						
Verstopfte Nase/Niesen						
Luftnot bei Anstrengung						
Luftnot in körperlicher Ruhe						
Engegefühl in der Brust						
Einschlafstörungen						
Durchschlafstörungen						
Schnarchen						
Nächtliches Wasserlassen						
Nächtliches Zähneknirschen						
Verspannung Kiefergelenk						
Morgendliche Erschöpfung						
Müdigkeit am Tage						
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung						



Symptom	nie	selten	häufig	(fast) immer	früher	derzeit
Konzentrationsstörungen						
Gedächtnisstörungen						
Schwindel						
Heißhungerattacken						
Appetitlosigkeit						
Kein Durstgefühl						
Vermehrtes Durstgefühl						
Mundgeruch						
Zahnfleischbluten						
Zahnfleischentzündungen						
Kloßgefühl im Hals						
Nackenschmerzen						
Rückenschmerzen						
Gelenkschmerzen						
Gelenksteifigkeit						
Gewichtsabnahme						
Muskel- / Wadenkrämpfe						
Muskelschwäche						
Antriebslosigkeit						
Libidoverlust						
Depressive Stimmung						
Traurigkeit						
Reizbarkeit						
Stimmungsschwankungen						
Unruhe						
Herzjagen						
Ängste						
Vermehrtes Schwitzen nachts						
Vermehrtes Schwitzen tagsüber						
Hitzewallungen						
Vermehrtes Frieren						
Kopfschmerzen						
Migräne						
Haarausfall						
Trockene Haut						
Brüchige, verformte Nägel						
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne, Hautpilz)						
Gehäuftes Wasserlassen						
Mundtrockenheit						
Augentrockenheit / juckende Augen						
Wassereinlagerungen						
Gefühlsstörungen Hände / Füße						
Krampfadern / Besenreiser						



Was verbessert Ihre Beschwerden?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Schlaf

Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf?

Wieviele Stunden schlafen Sie pro Tag? unter der Woche am Wochenende

Haben Sie:

Einschlafstörungen ☐ ja ☐ nein Grund:

Durchschlafstörungen ☐ ja ☐ nein Grund:

Schlechte Träume ☐ ja ☐ nein

Sind Sie morgens erholt? ☐ ja ☐ nein

Wie sieht Ihr Schlafplatz aus? Befinden sich technische Geräte in Ihrem Schlafzimmer?

Zähne

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann war Ihre letzte Zahnreinigung?

Haben Sie Kronen, Brücken, Implantate?

Wenn ja, wo und wie viele?

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?

Wurden Amalgamfüllungen entfernt und wann?

Haben Sie andere Metalle im Mund (z.B. Goldkronen)?

Leiden Sie unter Zahnfleischentzündungen?

Magen / Darm

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Haben Sie häufiger Durchfall oder Verstopfung? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter Blähungen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Sodbrennen oder Übelkeit? ☐ ja ☐ nein

Essverhalten

Wie beurteilen Sie Ihren Hunger?

Essen Sie nur, wenn Sie Hunger haben?

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie zu sich und wann?



Wann ist Ihre erste, wann die letzte Mahlzeit?

Welche Nahrungsmittel nehmen Sie täglich zu sich?

Welche Nahrungsmittel nehmen Sie selten zu sich?

Haben Sie Heißhungerattacken? ☐ ja ☐ nein

Trinken Sie Milch und essen Sie Milchprodukte? Wenn ja, welche?

Wie oft in der Woche essen Sie:

Fisch Fleisch Wurst Käse

Joghurt/Quark Obst Gemüse

Kochen Sie selbst oder gehen Sie oft essen?

Leiden Sie häufig unter:

☐ Sodbrennen ☐ Völlegefühl ☐ Appetitlosigkeit ☐ Blähungen
☐ analer Juckreiz ☐ Hämorrhoiden

Trinken Sie Alkohol? ☐ ja ☐ nein

Wie viel? pro Tag pro Woche

Gab es früher eine Zeit, in der Sie vermehrt Alkohol getrunken haben?

☐ ja ☐ nein wie viel?

Trinken Sie Kaffee? ☐ ja ☐ nein wie viel und wann?

Wie viel Liter trinken Sie insgesamt am Tag und was?

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Wie oft müssen Sie Wasser lassen?

tagsüber nachts

Verlieren Sie ungewollt Urin?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, wobei?

Impfungen

Gab es auf eine Impfung jemals eine Reaktion und wenn ja, welche?



Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Masern | ☐ Mumps | ☐ Röteln | ☐ Scharlach | ☐ Keuchhusten |
| ☐ Borreliose | ☐ Covid19 | ☐ Epstein-Barr-Virus / Pfeiffersches Drüsenfieber | | |
| ☐ Herpes simplex | ☐ Herpes zoster | ☐ Windpocken | ☐ Tuberkulose | ☐ Salmonellose |

Treiben Sie Sport? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie oft in der Woche?

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit wann und wie viele Zigaretten am Tag?

Haben Sie mal geraucht? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit wann nicht mehr?

Haben Sie Haustiere? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrem Wohn- oder Arbeitsumfeld Schimmelpilze?

Stress

Wie schätzen Sie Ihr Stresslevel im Allgemeinen ein?

Haben Sie beruflichen Stress?

Haben Sie privaten Stress?

Was machen Sie, wenn sie sich gestresst fühlen?

Leiden Sie häufig unter Atemwegsinfekten? ☐ ja ☐ nein

Wie oft waren Sie dieses Jahr schon erkältet?

Bekommen Sie Fieber? ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Sind Sie im Alltag besonderen Belastungen ausgesetzt?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Lärm | ☐ Schichtarbeit | ☐ fehlendes Tageslicht |
| ☐ Kälte | ☐ Hitze | ☐ Staub |
| ☐ Gifte/Chemikalien | ☐ schwere körperliche/seelische Belastungen | |



Frauen:

Leiden Sie unter starker Behaarung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo?

Leiden/litten Sie unter starken Regelschmerzen?

☐ ja ☐ nein

Haben/hatten Sie eine starke Regelblutung?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie unter starken Stimmungsschwankungen während/vor Ihrer Periode?

☐ ja ☐ nein

Ist/war Ihr Zyklus regelmäßig?

☐ ja ☐ nein

Wie lange dauerte die Regelblutung?

Wie viele Tage liegen zwischen den Blutungen?

In welchem Alter war die erste Menstruation?

Wann war die letzte Periodenblutung?

Wann fing die Menopause an?

Haben Sie Kinder geboren?

☐ ja ☐ nein

Wie viele?

davon mit Kaiserschnitt:

Verwenden Sie ein hormonelles Verhütungsmittel ☐ ja ☐ nein

oder nehmen Sie ein Hormonpräparat ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann, wie lange und was? (auch in der Vergangenheit)



Gesundheitszentrum
manus artem

Petra Zallmann
Heilpraktikerin

Malchiner Straße 8
17192 Waren (Müritz)

Tel.: 0175 – 11 63 600

E-Mail: info@manus-artem.de

www.manus-artem.de