

ANAMNESEBOGEN

Naturheilpraxis Severine Schlotz | Heilpraktikerin
Thomashardter Str. 37
73669 Lichtenwald | 0163 - 180 44 39 | info@naturheilpraxis-schlotz.de



Datum: _____ Bitte vollständig ausfüllen

1 PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon / Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____ Beruf: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Krankenversicherung: _____ Hausarzt / behandelnder Arzt: _____
☐ Gesetzlich (GKV) ☐ Privat (PKV) ☐ Selbstzahler

Krankenkasse / Versicherung: _____ Darf ich Ihren Arzt bei Bedarf kontaktieren?
☐ Ja ☐ Nein

2 AKTUELLES BESCHWERDEBILD

Aktuelle Beschwerden / Hauptgrund des Besuchs: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden: _____ Stärke der Beschwerden (1–10): _____

Beschwerden treten auf:
☐ Ständig ☐ Morgens ☐ Abends
☐ Belastungsabhängig ☐ Wetterabhängig ☐ Zyklisch / periodisch

Wurden die Beschwerden bereits ärztlich abgeklärt? Wenn ja, Befunde: _____

3 VORERKRANKUNGEN & OPERATIONEN

Chronische Erkrankungen (Mehrfachauswahl möglich):
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes mellitus
☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ Atemwegserkrankungen ☐ Magen-Darm-Erkrankungen
☐ Erkrankungen der Gelenke / Wirbelsäule ☐ Nieren- / Blasenerkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen
☐ Autoimmunerkrankungen ☐ Tumorerkrankungen ☐ Neurologische Erkrankungen
☐ Sonstige: _____ Bitte angeben: _____

Vergangene Erkrankungen / stationäre Krankenhausaufenthalte: _____

Operationen (Art & Jahr): _____

Implantate:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Gelenkprothese | ☐ Zahnimplantate |
| ☐ Metallschrauben / -platten | ☐ Sonstige Implantate | |

Art / Lokalisation der Implantate:

4 MEDIKAMENTE & NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL (NEMs)

Regelmäßig eingenommene Medikamente (inkl. Pille, Blutverdünner, Hormone):

Nahrungsergänzungsmittel / Vitamine / Mineralstoffe:

Nehmen Sie Homöopathika oder pflanzliche Mittel? ☐ Ja ☐ Nein Welche?

5 ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Bekannte Allergien:

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Pollen / Gräser | ☐ Hausstaub / Milben | ☐ Tierhaare | ☐ Latex |
| ☐ Medikamente | ☐ Insektengift | ☐ Sonstige | |

Auf welche Medikamente / Substanzen? Reaktion?

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Laktose | ☐ Fruktose | ☐ Gluten / Zöliakie |
| ☐ Histamin | ☐ Sonstige | ☐ |

Weitere Unverträglichkeiten / Kontaktallergien:

6 LEBENSSTIL

Rauchen:

- ☐ Nein ☐ Ja, ca.

Zigaretten/Tag, seit

Ernährungsform:

- ☐ Gemischt
☐ Gluten-/laktosefrei
☐ Vegan ☐ Vegetarisch

Alkohol:

- ☐ Kein ☐ Gelegentlich ☐ Täglich

Wasserkonsum:

- ☐ < 1 Liter/Tag ☐ 1–2 Liter/Tag ☐ > 2 Liter/Tag

Sport / körperliche Aktivität:

- ☐ Keiner ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

Art der Aktivität:

Schlaf:

- ☐ Gut ☐ Unruhig ☐ Schlafstörungen: ☐ Einschlafstörungen
☐ Durchschlafstörungen:

Stressbelastung:

- ☐ Gering ☐ Mittel ☐ Hoch

7 VERDAUUNG & STUHLGANG

Stuhlhäufigkeit:

- ☐ Täglich ☐ Mehrmals täglich ☐ Alle 2–3 Tage ☐ Seltener

Stuhlkonsistenz:

- ☐ Normal ☐ Hart / Verstopfung ☐ Weich / Durchfall ☐ Wechselnd

Magen-Darm-Beschwerden:

- ☐ Blähungen / Flatulenz
☐ Übelkeit
☐ Blut im Stuhl
☐ Krämpfe
☐ Sonstiges:

8 FRAUENGESUNDHEIT (nur für Patientinnen)

Zyklus:

☐ Regelmäßig ☐ Unregelmäßig ☐ Keine Periode

Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Stillzeit?

☐ Ja ☐ Nein

Empfängnisverhütung:

☐ Pille / Hormonspirale
☐ Kondom
☐ Keine

Wechseljahre:

☐ Nein ☐ Perimenopause ☐ Postmenopause

Symptome der Wechseljahre:

☐ Hitzewallungen
☐ Stimmungsschwankungen
☐ Scheidentrockenheit

☐ Sonstiges

9 FAMILIENANAMNESE

Bekannte Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister):

☐ Herzerkrankungen ☐ Bluthochdruck ☐ Schlaganfall
☐ Diabetes ☐ Krebs ☐ Osteoporose
☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Autoimmunerkrankungen

Sonstiges / Anmerkungen zur Familienanamnese:

10 IMPFSTATUS

Liegt ein Impfpass vor? ☐ Ja ☐ Nein

COVID-19 Impfung?

☐ Ja: ☐ Nein
☐ Pfizer
☐ Biontech
☐ Astra Zeneca

Letzte Impfungen (Art & Jahr, soweit bekannt):

Impfreaktionen oder -unverträglichkeiten in der Vergangenheit? ☐ Ja ☐ Nein Welche?

11 PSYCHOSOZIALES & ALLGEMEINBEFINDEN

Aktuelle Lebenssituation:

☐ Stabil ☐ Belastet ☐ Starke Belastung

Allgemeine Energie / Vitalität:

☐ Gut ☐ Mittel ☐ Erschöpft / Burnout ☐ CFS

Psychotherapie / psychiatr. Behandlung?

Schmerzen (chronisch)?

☐ Ja ☐ Nein

12 THERAPIEZIELE, WÜNSCHE & ANMERKUNGEN

Was erwarten Sie von der Behandlung? Was sind Ihre persönlichen Ziele?

Haben Sie bereits andere Therapien / Behandlungen ausprobiert? Wenn ja, welche und mit welchem Ergebnis?

Sonstige Anmerkungen, Fragen oder Hinweise:

Einwilligungserklärung & Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der heilpraktischen Behandlung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben. Ich wurde über meine Rechte gemäß DSGVO informiert.

Datum

Unterschrift Patient/in