



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei uns erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitten wir Sie, den Bogen auszufüllen und ihn uns frühzeitig zukommen zu lassen.
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sie können das PDF-Formular direkt am PC so weit ausfüllen wie es Ihnen möglich und angenehm ist und schicken es mithilfe des Send-Buttons am Ende des Formular an unsere E-Mail Adresse. Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären, selbstverständlich auch Fragen Ihrerseits, die beim Ausfüllen auftauchen können.

Notieren Sie sich diese (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), damit wir Ihnen in unserem Erstgespräch diese Fragen beantworten können.

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ, Ort:
Beruf:	E-Mail:
Tel. (privat):	Tel. (geschäftlich):
Krankenkasse:	Hausarzt:
Größe:	Gewicht:

Wie wurden Sie geboren? ☐ spontane Geburt ☐ per Kaiserschnitt ☐ weiß ich nicht

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Beziehungssituation: Ich bin ☐ allein lebend ☐ geschieden ☐ verheiratet
☐ in fester Partnerschaft ☐ ich habe Kind/er ☐ ich habe keine Kinder
☐ ich habe Fehlgeburt/en ☐ ich habe unerfüllten Kinderwunsch

Derzeitige berufliche Tätigkeit: **Wochenarbeitszeit:** h

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch: ☐ auf Empfehlung von:
Internet über: ☐ Ärztebewertungsportale ☐ Praxishomepage ☐ Sonstiges:

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

.....

Sind Sie aktuell in Behandlung?

☐ Arzt ☐ Heilpraktiker/in ☐ Psychotherapeut/in ☐ Physiotherapeut/in ☐ Osteopath/in

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!)** Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z.B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75. Bitte aktuelle Medikamente mitbringen, falls vorhanden.

Medikament:	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf

Erkrankungen der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Bluthochdruck

☐
☐
☐

Diabetes

☐
☐
☐

Herzinfarkt

☐
☐
☐

Schlaganfall

☐
☐
☐

Krebserkrankung (welche?)

☐
☐
☐

Neurodermitis / Allergie / Asthma

☐
☐
☐

Depression / Nervenleiden

☐
☐
☐

Erkrankungen der Familie:

Mutter

Vater

Geschwister

Andere wichtige Erkrankungen

Mutter verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? Alter? Woran?

Vater verstorben? ☐ nein ☐ ja Wann? Alter? Woran?

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

☐ noch nie oder ☐ auffällig waren schon mal die:

☐ Leberwerte

☐ Nierenwerte

☐ Blutzuckerwerte

☐ Cholesterin

☐ Sonstiges

☐ Entzündungswerte

☐ Eisenmangel

☐ Blutarmut

☐ Schilddrüsenwerte

Infektanfälligkeit

Grippe / Erkältung u.ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Blasenentzündung: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen...)

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: mal In Ihren **letzten 10 Jahren** insgesamt:mal

Rauchgewohnheiten:

☐ Ich bin Nichtraucher ☐ immer schon ☐ seit Jahren

☐ Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag ☐ früher rauchte ich Zigaretten pro Tag

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit:	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	wann?	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	seit:	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	wann?	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit:	<input type="checkbox"/> Rhema	seit:
<input type="checkbox"/> Thrombose	wann?	<input type="checkbox"/> Hörsturz / Tinnitus	seit:
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	wann?	<input type="checkbox"/> Depression / Nervenleiden	seit:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit:	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit:
<input type="checkbox"/> Asthma	seit:	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit:
<input type="checkbox"/> COPD / Emphysem	seit:	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit:
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit:	<input type="checkbox"/> Der letzte Allergietest war im Jahr:	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	wann?		

Wenn ja, welche?

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unter dem Strich:

☐ mein Gewicht gar nicht verändert ☐ kg abgenommen ☐ kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja, mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart / -en:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

☐ nein ☐ ja, ich habe ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

☐ nein ☐ ja, ich hatte ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ich habe	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-8
Überkronte Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ich habe	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-8
Wurzelgefüllte / tote Zähne?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ich habe	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-8

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Keuchhusten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mumps	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Röteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Scharlach	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Windpocken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Konsistenz des Stuhls überwiegend: ☐ hart ☐ normal ☐ breiig ☐ Durchfall ☐ wechselnd

(fast) nie ab und zu häufig (fast) immer derzeit

Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen / -krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl / Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libido / Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft essen / trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal tägl.	mehrfach tägl.
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot / Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit / ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

.....

Welche Ziele möchten Sie erreichen?

.....

Bitte den Anamnesebogen eine Woche vor dem Ersttermin
per Mail oder Post in die Praxis senden oder in der Praxis abgeben.

BITTE BRINGEN SIE UNBEDINGT IHREN IMPFAUSWEIS MIT!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Albertsmeyer (ang.)
Innere Medizin

Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho

Fon 0 57 33 - 87 84 98
Fax 0 57 33 - 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com