

# Anamnese-Bogen



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](mailto:info@praxis-dr-schaeffler.com)  
[www.praxis-dr-schaeffler.com](http://www.praxis-dr-schaeffler.com)

## 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 Sende-Buttons am Ende des Formulars 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.

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

<b>Wie wurden Sie geboren?</b>	<input type="checkbox"/> spontane Geburt	<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<b>Wurden Sie gestillt?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß ich nicht
<b>Beziehungssituation:</b> Ich bin	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> in fester Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ich habe ..... Kind(er)	<input type="checkbox"/> ich habe keine Kinder
	<input type="checkbox"/> ich habe ..... Fehlgeburt(en)		<input type="checkbox"/> 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



## 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 regelmäßige 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?       nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8

Überkruste Zähne?       nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8

Wurzelgefüllte / tote Zähne?       nein       ja, ich habe       1-2       3-5       6-8

## Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern       nein       ja      Keuchhusten       nein       ja      Mumps       nein       ja

Röteln       nein       ja      Scharlach       nein       ja      Windpocken       nein       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"/>				
Bauchschmerzen / -krämpfe	<input type="checkbox"/>				
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>				
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<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"/>				
Auswurf	<input type="checkbox"/>				
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>				
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niessen	<input type="checkbox"/>				
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>				
Engegefühl / Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>				
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>				
Schnarchen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>				
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>				
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>				
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>				
Schwindel	<input type="checkbox"/>				
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>				
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>				
Hüftprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Knieprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>				
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>				
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>				
Traurigkeit / Depressivität	<input type="checkbox"/>				
Ängste	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>				
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Haarausfall	<input type="checkbox"/>				
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne..)	<input type="checkbox"/>				
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>				
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>				
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>				
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>				
Libido / Errektionsstörungen	<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"/>				
Quark	<input type="checkbox"/>				
Yoghurt	<input type="checkbox"/>				
Käse	<input type="checkbox"/>				
Eier	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Brot / Brötchen	<input type="checkbox"/>				
Müsli	<input type="checkbox"/>				
Nudeln	<input type="checkbox"/>				
Kuchen	<input type="checkbox"/>				
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>				
Fisch	<input type="checkbox"/>				
Wurst	<input type="checkbox"/>				
Gemüse	<input type="checkbox"/>				
Obst	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Kaffee	<input type="checkbox"/>				
Tee	<input type="checkbox"/>				
Wasser mit / ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>				
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>				
<hr/>					
Coca Cola	<input type="checkbox"/>				
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>				
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>				
Wein (Gläser)	<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