

Pat. - Name:

# ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus!



**Dr. med. Wencke Lindwedel**

PRIVATPRAXIS FÜR GANZHEITSMEDIZIN

**Dr. med. Anke Flintermann**

**1. Was führt Sie in unsere Praxis? Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell und seit wann bestehen diese?**

**2. Bisherige Diagnosen:**

**3. Bisherige Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel:**

**4. Leiden Sie an Allergien?**

nein

ja, folgende:

**5. Welche größeren Untersuchungen wurden in den letzten 2 Jahren bei Ihnen vorgenommen (u.a. CTs, MRTs, Magen- oder Darmspiegelungen etc.)?**

## 6. Wie ernähren Sie sich bisher?

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Zw. Mahlzeiten:

## 7. Vermeiden Sie bestimmte Nahrungsmittel oder sind Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?

## 8. Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert? Gewichtszunahme oder Abnahme?

## 9. Leiden Sie unter Beschwerden im Zusammenhang mit der Verdauung? (Bauchschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Magenschmerzen, Völlegefühl o.ä.?)

### 10.1 Wie oft pro Tag/pro Woche haben Sie Stuhlgang?

### 10.2 Wie sieht die Farbe Ihres Stuhlgangs (meistens) aus?

hellbraun      braun      dunkelbraun      manchmal fast farblos/beige

### 10.3 Ist Ihr Stuhlgang in der Regel

geformt      zu fest/hart      eher breiig/weich      Durchfall

### 10.4 Schwimmt Ihr Stuhlgang in der Toilette oft oben auf dem Wasser?

eher ja      eher nein

### 10.5 Befinden sich oft noch unverdaute Bestandteile in Ihrem Stuhlgang?

ja      nein

### 10.6 Ist Ihr Stuhlgang manchmal

schwarz      blutig?

**11. Wie oft und welchen Alkohol trinken Sie?**

**12. Rauchen Sie/haben Sie früher geraucht?**

**13. Treiben Sie Sport? Welche Sportart und wie oft?**

**14. Bei Erwachsenen: Was machen Sie beruflich?**

**Arbeiten Sie:**      Vollzeit      Teilzeit      Schichtarbeit

**Haben Sie beruflich mit Schadstoffen/Schwermetallen zu tun?**

**Empfinden Sie Ihre Arbeit als:**

zu schwer      genau richtig      Unterforderung

**Haben Sie beruflich/privat erheblichen Stress?**

Beruflich:    Ja      Nein

Privat:      Ja      Nein

**Bei Kindern: Besucht das Kind eine      Krippe      Kindergarten      Schule?  
Wie kommt es dort zurecht?**

**15. Bitte schildern Sie kurz Ihre Lebens-/Wohnsituation. Mit wem leben Sie zusammen?**

**Haben Sie**    Kinder      Pflegebedürftige      Angehörige      Haustiere?

**16. Zahnstatus: Haben Sie**      Zahnkronen/Teilersatz      Implantate      Zahnfüllungen  
Fissurenversiegelung der Backenzähne?

Wenn bekannt, welche und seit wann? Wurde Zahnersatz getauscht?

**17. Gab es bisher Operationen? Welche und wann?**

**18. Hatten Sie Unfälle in Ihrem Leben? (Auch kleinere , z.B. Treppenstürze, Sturz vom Wickeltisch, kleinere Auffahrunfälle)**

**19. Sind Viruserkrankungen bei Ihnen bekannt? Dazu gehören: Lippenherpes, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV), Papillomaviruserkrankung (positiver PAP-Test beim Gynäkologen)**

**20. Ist eine Borreliose bei Ihnen bekannt?**

**21. Wie schlafen Sie?**

Gut ein und gut durch                      nicht gut:  
(nicht gut ein?, nicht gut durch?, Alpträume?, nächtliches Schwitzen?)

Um wieviel Uhr wachen Sie nachts auf?:

**Leiden Sie unter:**                      nächtliches Herzrasen    *oder dem sog.*                      Restlesslegs-Syndrom?

Nehmen Sie Schlafmittel (auch pflanzliche? – welche?)

Wann gehen Sie abends zu Bett?:

22. Bei Kindern: besteht nächtliches Einnässen?

23. Leiden Sie an Inkontinenz?

24. Fühlen Sie sich tagsüber fit?

selten/gar nicht

den ganzen Tag

nur zu bestimmte Zeiten:

Brauchen Sie zwingend einen Mittagsschlaf?

25. Wo ordnen Sie sich aktuell tagsüber in Ihrer Kraft und Energie auf einer Skala von 1-10 zu (1 = fast keine Energie mehr, 10 = volle Kraft)?



Ich fühle mich:

26. Fühlen Sie sich (Skala von 1-10, 1 =gar nicht/nie, 10 =sehr stark/oft)

Deprimiert:

Ängstlich:

Aggressiv:

nervös/ innerlich unruhig:

müde:

Gefühl als wären Sie gar nicht richtig „da“:

unkonzentriert:

Ungeduldig:

zufrieden mit Ihrem Leben:

**27. Ich habe Schmerzen an folgenden Stellen: (1 =schwach, selten bis 10 =stark, oft)**

**28. Befinden sich nachts elektronische Geräte in Ihrem Zimmer/am Bett? Smartphone/  
Fernseher?**

**29. Verursachen folgende Gerüche bei Ihnen Übelkeit/Unwohlsein/körperliche  
Schwäche/Benommenheit?**

Parfüm

Möbelhaus/Teppichabteilung

Tankstelle

Zigarettenrauch

**30. Ist Ihnen nach Flugreisen oft übel oder leiden Sie anschließend noch Stunden/Tage an  
Unwohlsein?**

**31. Gibt es familiäre Vorerkrankungen/Belastungen? (z.B. Allergien, Schilddrüsenerkran-  
kungen, Gallen-/Leberprobleme, Bluthochdruck, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Tumor-  
erkrankungen).**

**Bitte bringen Sie diesen Bogen vollständig ausgefüllt zu Ihrem Ersttermin mit.**