



Anamnesebogen

Marktoberdorfer Str. 5, 87674 Ruderatshofen
Tel 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zu mir, weil Sie bestimmte Beschwerden haben. Für die optimale Behandlung ihrer Beschwerden ist es hilfreich, vorab einige Dinge über ihren Gesundheitszustand zu erfahren. Es hat sich gezeigt, dass die besten Heilungs-Chancen bestehen, wenn Sie selbst, Ihr Arzt und wir Heilpraktiker eng zusammenarbeiten. Unser Ziel ist es, sie ganzheitlich zu behandeln. Bitte teilen Sie uns deshalb alle Beschwerden zeitnah mit.

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Sport/Hobbies: _____

Telefon (Festnetz+Handy) _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Kinder, wieviele? _____

Behandlungsgrund:

Wegen welcher Beschwerden kommen sie in unsere Praxis? An welchen Körperstellen haben Sie Beschwerden?

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____



Anamnesebogen

Marktoberdorfer Str. 5, 87674 Ruderatshofen
Tel 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? Bitte ankreuzen!

– 0 sich keine Schmerzen, 10 sind die am schlimmsten vorstellbaren Schmerzen, die es gibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bitte teilen Sie uns Veränderungen ihres Gesundheitszustandes möglichst zeitnah mit!

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Eine Erkrankung Trauer Kummer Schreck Operationen Hautausschläge
 andere: _____

<p>Welche Maßnahmen haben sie bisher dagegen unternommen? -welche Behandlungen?</p>	<p>Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Gerinnungshemmer? Schmerzmittel?</p>
---	---

- Impfungen:** Masern Mumps Röteln Keuchhusten Diphtherie Hib Tetanus
 HPV Hepatitis Varizellen Rotaviren Polio (Kinderlähmung) Cholera Gelbfieber
 Pocken Pneumokokken Influenza (Grippe) FSME Meningokokken Herpes Zoster
 Tuberkulose Covid, Anzahlwann zuletzt? Andere:

- Reaktionen auf die Impfungen?** Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit
 Lähmungen Hautausschläge Verhaltensänderungen Autoimmunerkrankungen/Allergien

- Krankheiten in Ihrer Familie:** Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie
 Geschlechtskrankheiten Rheuma MS Schlaganfall Herzkrankheiten Bluthochdruck
 Diabetes Asthma Nieren-Gallensteine Zysten Allergien Neurodermitis Psoriasis

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht und wie war der Erfolg?

.....



Anamnesebogen

Marktoberdorfer Str. 5, 87674 Ruderatshofen
Tel 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....
.....
.....
.....

Allgemeine Symptome:

- Erschöpfung, Müdigkeit Konzentrationsstörungen Ängste, Schuldgefühle, Konflikte
- ich bin verstärkt reizbar ich schwitze tagsüber Nachtschweiß Kalter Schweiß
- warmer Schweiß Schweiß an welchem Körperteil?.....
- ich friere schnell kalte Hände kalte Füße
- Ich bin: sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Kopf:

- Kopfschmerzen? häufig selten nie Schläfen/seitl. Kopf Nacken Stirn Scheitel
- ganzer Kopf links rechts beidseits morgens abends mit Schweregefühl
- Schmerz im Kopf Spannungsgefühl bohrend mit Benommenheit mit Schwindelgefühl
- Auslöser: Was bessert: Was verschlechtert:
-
-
-

Augen:

- Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig Brille seit:
- sonstige Beschwerden:

Ohren:

- Schmerzen links Schmerzen rechts beidseits Mittelohrentzündungen wann?.....
- schwerhörig Ohrengeräusche Ohrendruck

Nase:

- Operationen Heuschnupfen Nasennebenhöhlenentzündungen Nase verstopft
- Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich blutig Allergien auf:

Mandeln:

- Operation häufige Mandelentzündungen als Kind heute

Schilddrüse:



Anamnesebogen

Marktoberdorfer Str. 5, 87674 Ruderatshofen
Tel 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Haarausfall?

- Ja, seit: kreisrunder Haarausfall vereinzelter Haarausfall

Zähne/Kiefer:

- erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Wurzelbehandelte Zähne Tote Zähne

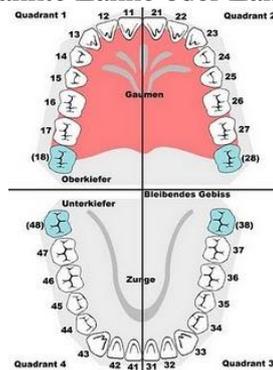
Empfindliche Zähne auf: heiß kalt Parodontose/Parodontitis wurden Amalganfüllungen entfernt? Ja Nein Zahnfüllmaterialien: Amalgan Titan Gold Kunststoff

- Keramik Palladium Implantate

Kiefergelenke:

- Schmerzen Geräusche beim Kauen Blockade Zähneknirschen/-beißen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch:



Ihre rechte Seite

Ihre linke Seite

Körper und Organfunktionen:

Brustdrüse: Beschwerden..... Operationen Chemotherapie Strahlentherapie

Herz: Herzinfarkt, wann?..... Angina Pectoris Herzschwäche Bluthochdruck

Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher Defibrillator Beschwerden Stechen

Druckgefühl Beklemmung

Lunge:

Asthma Emphysem Chronische Bronchitis akute Bronchitis Atelektasen

Husten -> trocken produktiv Atemnot Raucher ehemaliger Raucher Tumor

Leber:

Entzündungen Hepatitis (Gelbsucht) Fettleber Tumor

Galle:

Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit Steine Koliken Operationen

Magen:

Völlegefühl Appetitlosigkeit Sodbrennen Gastritis (Magenschleimhautentzündung)

Magengeschwür Operation Tumor

Darm:



Anamnesebogen

Marktoberdorfer Str. 5, 87674 Ruderatshofen
Tel 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

- Infektionen Blähungen Reizdarm M. Crohn Colitis Ulcerosa Polypen Divertikel
 Blinddarm-OP Hämorrhoiden Tumor

Niere/Blase:

- Entzündungen -> Niere Blase häufige Blasenentzündungen Niereninsuffizienz
(Schwäche) Dialyse Nierensteine -> OP Tumor.....

Harn:

- viel wenig häufig Inkontinenz bei:..... Geruch nach:.....

Stuhlgang

- täglich jeden 2. Tag unregelmäßig Verstopfung Durchfall riecht nach
 hell dunkel übelriechend hart knollig weich schmierig pastenartig
 Inkontinenz Gefühl, nicht fertig zu werden

Bauchspeicheldrüse/Milz:

- Entzündungen Diabetes Typ I Diabetes Typ II OP Tumor Milzentfernung

Rücken:

- Schmerzen -> HWS BWS LWS Hexenschuss Ischias Bandscheibenvorfall ->
 HWS LWS Verspannungen Skoliose Rheuma Osteoporose Tumor OP
 Versteifungen

Beine:

- Schmerzen, wo?..... rechts links Krampfadern OP Arthrose
 Knochenbrüche, wo?..... rechts links Meniscusverletzung -> rechts links
 Bandverletzung -> Knie Fuß rechts links Kribbeln Taubheitsgefühl kalte
Füße Tumor

Arme:

- Schmerzen, wo?..... rechts links OP Knochenbrüche, wo?.....
 rechts links Rotatorenmanschettenruptur -> rechts links Impingement -> rechts
 links Tennisellbogen rechts links Kribbeln Taubheitsgefühl kalte Hände

Haut/Nägel:

- Narben Geschwüre Hautjucken Rötungen Warzen Pilze Verbrennungen
 Nagelbettentzündungen eingewachsene Nägel Fußpilz Psoriasis Neurodermitis

Allergien/Autoimmunerkrankungen:

- Hashimoto M. Basedow Zöliakie Psoriasis rheumatoide Arthritis MS Addison
 Bechterew andere:

Lebensmittelunverträglichkeiten:

Weitere Erkrankungen:

- Fibromyalgie Epilepsie Schlaganfall Lähmungen

Gynäkologischer/Urologischer Bereich:



Anamnesebogen

Marktoberdorfer Str. 5, 87674 Ruderatshofen
Tel 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Sexualität: vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau:

- Schmerzen Eierstockentzündungen Ausschabungen Geburten, Anzahl
- Fehlgeburten Abtreibungen Sterilisation Zysten Myome Geschlechtskrankheiten

Tumore Ausfluss-> stark weiß gelb wundmachend

Erste Menses, Datum letzte Menses, Datum

Blutungen sind: hell dunkel klumpig braun regelmäßig unregelmäßig

Verhütungsmaßnahmen: Pille Spirale Hormonspritze

Schwangerschaft? Ja Nein **stillen Sie?** Ja Nein

Mann:

Prostata vergrößert OP Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen Sterilisation

Geschlechtskrankheiten Erektionsprobleme

Sport, wie oft pro Woche?..... regelmäßig

Ist Ihr **Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz** baubiologisch untersucht worden (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine?) Ja Nein

Ihre Wohnung: Funkmasten in der Nähe Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe

Schimmelpilzbelastung Antiquitäten/Holzschutzmittel Bäche/Flüsse in der Nähe

Teppichböden Mikrowelle

Ihr Schlafplatz: schnurloses Telefon/Internet elektrische Geräte standby Wasserbett

eingebauter elektrischer Motor

Schlaf: Schlaflosigkeit häufiges Erwachen, Uhrzeit..... nächtliches Wasserlassen

wie oft? Schwierigkeiten beim Einschlafen Unruhe in den Beinen

Zähneknirschen lebhafte Träume Nachtschweiß heiße Füße

Trinken: unter 500 ml unter 1 l unter 2 l über 2 l Wasser ohne Kohlensäure Tee

Wasser mit Kohlensäure Fruchtsäfte Softdrinks Kaffee Milch Bier Wein

Welche **Nahrungsmittel** essen sie häufig?

	Nie	Selten	1x pro Tag	Mehrmals täglich
Milchprodukte				
Süßigkeiten				
Weißmehlprodukte				
Kuchen				
Eier				
Zucker				
Fleisch				
Fisch				
Gemüse				
Obst				
Nüsse				



Anamnesebogen

Sind sie oft erkältet? Ja Nein

Haben Sie weitere/andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen, wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

Bei welchen Tätigkeiten fühlen sie sich im Alltag eingeschränkt?

.....
.....
.....
.....

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungs- oder Verhaltensgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern? Ja Nein

.....
Ort, Datum, Unterschrift