



Naturheilpraxis
Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

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: _____

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

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, Anzahl wann 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?

[illegible]



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

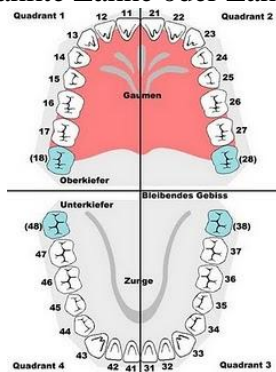
Empfindliche Zähne auf: ☐ heiß ☐ kalt ☐ Paradontose/Paradontitis ☐ wurden Amalganfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein Zahnfüllmaterialien: ☐ Amalgan ☐ Titan ☐ Gold ☐ Kunststoff

☐ 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

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

Fertignahrung				
---------------	--	--	--	--

.....

.....

.....

☐ Natürliche Geburt ☐ Kaiserschnitt

Krankheitsgeschichte:

<p>Chronologische Krankengeschichte: Erkrankungen, Operationen, Verletzungen seit der Kindheit:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Infektionskrankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Ruhr</p> <p><input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Tetanus</p> <p><input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Kinderlähmung</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)</p> <p><input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) <input type="checkbox"/> Borreliose</p>
--	---

Narben, wo?



**Naturheilpraxis
Inge Förster**

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Anamnesebogen

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

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

Stand 01.03.2025