

Datum: \_\_\_\_\_

## ANAMNESEBOGEN



**NATURHEILPRAXIS**  
Dr. Stefanie Neidhart

Heilpraktikerin für ganzheitliche  
Frauenheilkunde ° Hormonregulation °  
Heilkunde

Voßstraße 23a | 18059 Rostock

0176 – 565.328.23

[www.heilpraxis-rostock.com](http://www.heilpraxis-rostock.com)

[info@heilpraxis-rostock.com](mailto:info@heilpraxis-rostock.com)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Familienstand \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Derzeit ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Aufenthalt vermehrt  im Gebäude  im Freien

Krankenversicherung  gesetzlich  privat  Beihilfe Tarif \_\_\_\_\_  
 Selbstzahler

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg



Was haben Sie bisher unternommen?

2 ARZT/ZAHNARZT

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt? \_\_\_\_\_

Was wurde gemacht?

Wann war Ihr letzter Check-up beim Arzt?

Beschwerden/Libido/sonstiges

Schilddrüse

- Wurde Ihre Schilddrüse schon einmal untersucht?  Ja  Nein
- Wenn ja, wann war der letzte Check? \_\_\_\_\_
- Wie waren Sie Werte?
  
- Befund Sonografie?

### Zähne/Füllungen/ Zahnfleisch

- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?
- Was wurde gemacht?
  
- Haben sie Zahnfüllungen und welches Material wurde verwendet?
  
- Leiden Sie unter Zahnfleischprobleme?       Ja       Nein
- Sonstige Beschwerden:

Welches sind Ihre behandelnden Ärzte/Zahnärzte (Name, Anschrift, Fachrichtung)?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

### 3. VEGETATIV

Leiden Sie unter Blässe oder Rötungen?       Ja       Nein

Wie würden Sie Ihre Schweißproduktion beschreiben (Menge, Geruch etc.)

Frieren Sie (Häufigkeit, Ausmaß)?

Leiden Sie an Schwindel, wenn ja, welcher Art, wie fühlt es sich an?

#### 4. SCHLAF

Unter der Woche:

- Wie schlafen Sie in während der Arbeitstage?
  
- Wann gehen Sie zu Bett? \_\_\_\_\_
- Wann schlafen Sie ein? \_\_\_\_\_
- Wann erwachen Sie am Morgen? \_\_\_\_\_

Freizeit/Wochenende/Urlaub:

- Wie schlafen Sie am WE/im Urlaub?
  
- Wann gehen Sie zu Bett? \_\_\_\_\_
- Wann schlafen Sie ein? \_\_\_\_\_
- Wann erwachen Sie am Morgen? \_\_\_\_\_
- Fühlen Sie sich am Morgen erholt? \_\_\_\_\_

Schlafen Sie durch? Wenn nein, wann und warum erwachen Sie (z.B. Toilettengang etc.).

Wie ist Ihr Schlafplatz ausgestattet? Was befindet sich alles in Ihrem Schlafzimmer (auch an technische Geräte denken?)

## 5. STRESS

Wie schätzen Sie Ihr Stresslevel allgemein selbst ein?

Wie schätzt Ihr Umfeld Ihr Stresslevel ein?

Wie sieht es mit beruflichem Stress aus? Wie gestaltet sich Ihr Arbeitsumfeld?

Wie sieht es im privaten Bereich mit Stress aus? Wie gestaltet es sich hier mit Stress?

Was machen Sie, wenn Sie sich gestresst fühlen?

## 6. BIOGRAPHIE UND FAMILIENANAMNESE

- Herausragende Lebensereignisse (Geburt, Einschulung, Hochzeit)
- Leistungen/Erfolge
- Familiäres (Scheidungen, Geburten von Geschwistern, Todesfälle, Hochzeiten)
- Soziales (Heimaufenthalte, Kindergarten, Schulen, Vereine, Ausbildung, Berufliches)
- Gesundheitliches (Krankheiten, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, Kuren)
- Sonstiges (wichtige Beziehungspersonen, Reisen, Zeitgeschichtliches)

7. TRAUMA/PSYCHE

(Schreiben Sie hier, was Ihnen zu den Begriffen in Bezug auf Ihre Person in Erinnerung kommt!)



8. ERNÄHRUNG

Wie ernähren Sie sich (Kostform)?

Essen Sie regelmäßig und wie?

Gibt es Besonderheiten/Ernährungsgewohnheiten?

Bestehen Unverträglichkeiten?

Was und wieviel davon trinken Sie täglich (Wasser, Kaffee, Tee)?

9. GEWICHT(-SVERÄNDERUNGEN)

Höchstgewicht \_\_\_\_\_kg      Niedrigstes Gewicht \_\_\_\_\_kg

10. GIFTE/TOXINE

Rauchen? Wenn ja, wieviel täglich/pro Woche \_\_\_\_\_

Drogen? Wenn ja, welche und wieviel täglich/pro Woche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alkohol? Wenn ja, was, wieviel täglich/pro Woche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. AUSSCHIEDUNGEN

Wie häufig gehen Sie täglich zum Urinieren? Wie ist Farbe, Konsistenz, Geruch?

- Hatten Sie Infekte im Urogenitaltrakt, wenn ja, welche und wann?

Wie häufig entleeren Sie Ihren Darm? Wie ist Farbe, Konsistenz, Geruch?

Wie würden Sie Ihre Haut, Haare, Nägel beschreiben? Gibt/gab es Probleme (z.B. Haarausfall, brüchige Nägel)?

12. BISHERIGE ERKRANKUNGEN/VERLETZUNGEN/UNFÄLLE

INFEKTIONEN:

Sind Sie am Epstein-Barr-Virus erkrankt? Wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie an Borreliose erkrankt? Wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie an Covid-19 erkrankt? Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie sonstige Infektionskrankheiten, welche und wann?

Welche?	Wann?

Operationen (was, wann,wo):

Augen (Brille/Kontaktlinsen):

Haben Sie Allergien, wenn ja, welche und seit wann?

Welche?	Wann?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Hatten Sie jemals Impfreaktionen und wenn ja, in welcher Form?

Welche Impfungen?	Impfreaktion, wenn ja, welche Form?

Verletzungen/Unfälle:

Kinderkrankheiten:

AUSLANDSAUSAUFENTHALTE

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?  Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_

13. BEWEGUNGSAPPARAT, SCHMERZEN, KOPFSCHMERZEN

(Füllen Sie anhand der Stichpunkte frei aus)

14. Wie sieht es bei Ihnen mit Bewegung/Sport aus (was, wie oft, wo)?



16. GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Letzter Frauenarztbesuch

Wann?

---

Warum?

---

---

Wann war Ihr letzter Check beim Frauenarzt?

---

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung? \_\_\_\_\_

Haben/Hatten Sie gynäkologische Beschwerden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Art von Beschwerden haben oder hatten Sie?

HORMONELLE VERHÜTUNG:

Verhüten oder haben Sie je hormonell verhütet?  Ja  Nein

Bitte listen Sie alle Ihre hormonellen Verhütungsmittel nach Herstellernamen auf und benennen Sie den Zeitraum, wann Sie dieses Mittel genommen haben:

Hersteller	Einnahmezeitraum


Andere Verhütungsmethoden?

Aktuelle Verhütungsmethode?

Wie ist Ihre Zyklusdauer (Zeitraum 1. Tag Regelblutung bis ein Tag vor der nächsten Regelblutung)?

\_\_\_\_\_Tage

Wie verhält es sich mit Ihrer Menstruation?

Dauer \_\_\_\_\_Tage

Stärke

\_\_\_\_\_

Welche Hygieneartikel verwenden Sie?

\_\_\_\_\_

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

\_\_\_\_\_

Wie viele Geburten/Aborte?

\_\_\_\_\_



