

Datum: _____

ANAMNESEBOGEN



NATURHEILPRAXIS
Dr. Stefanie Neidhart

Heilpraktikerin für ganzheitliche
Frauenheilkunde ° Hormonregulation °
Heilkunde

Voßstraße 23a | 18059 Rostock

0176 – 565.328.23

www.heilpraxis-rostock.com

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?
