

# Naturheilpraxis

Anna Thuns  
Henriettenstraße 51  
09112 Chemnitz

Telefon: 0371 92094343  
E-Mail: a.thuns@naturheilpraxis-thuns.de  
Internet: www.naturheilpraxis-thuns.de

## Anamnesebogen

**Sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen so vollständig wie möglich aus und bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit (oder senden Sie ihn vorab per E-Mail/ Post). Ihre Angaben verwende ich ausschließlich für Therapiezwecke und behandle sie vertraulich. Als Heilpraktikerin unterliege ich der Schweigepflicht nach dem BGB.**

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat/berufl. (gute Erreichbarkeit): \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: (Privat/gesetzlich?) \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_

### **1. Geben Sie hier bitte nähere Informationen zu Ihren Beschwerden an.**

- Was führt Sie zu mir?

---

---

---

- Wo sind Ihre Beschwerden (Lokalisation)/Ausstrahlung?

---

---

- Wie sind die Beschwerden/ Art? / Intensität? (**0**= kaum wahrnehmbar – **10** kaum ertragbar)

---

---

- Wann treten Ihre Beschwerden auf?(zeitlich) Dauer/ Tageszeit/ Rhythmus?

---

---

- Ursachen/Auslöser/ verbessern/ verschlechtern Ihre Symptomatik? Haben Sie Einschränkungen?

---

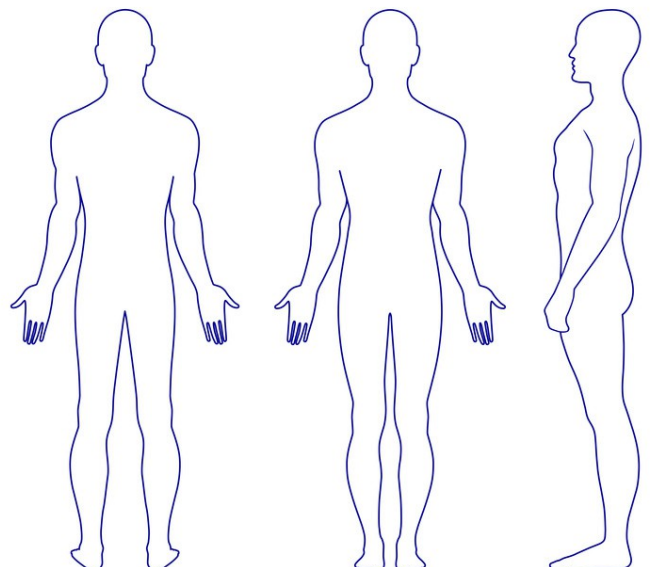
---

---

- Bitte zeichnen Sie hier die Schmerzregionen ein.

**Kreuze** für punktförmige Schmerzen  
**Pfeile** für ausstrahlende Schmerzen  
**Linien** für unklare Schmerzlokalisierung

Geben Sie bitte den Schmerzgrad  
(von 0 für keine Schmerzen – 10 für  
kaum ertragbare Schmerzen) an.



## 2. Vorerkrankungen/ Operationen/ Unfälle:

---



---



---

### • Chronische Erkrankungen: (Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.)

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus              | <input type="checkbox"/> Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Angina pectoris          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall     |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                    | <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Gicht                    | <input type="checkbox"/> Rheuma           |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> erhöhte Cholesterinwerte | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                       | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |   |   |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen: _____   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tumore/ Krebserk.: _____       |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> genetisch Erkrankungen.: _____ |  |   |   |

### 3. Kinderkrankheiten:

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mumps            | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Polio            | <input type="checkbox"/> 3-Tage Fieber | <input type="checkbox"/> Windpocken                 | <input type="checkbox"/> Masern     |
| <input type="checkbox"/> Röteln           |  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |  |   |                                     |

### 4. Allergien:

- Tierhaar: \_\_\_\_\_  Medikamente/ Betäubungsmittel: \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_
- Gräser/Bäume: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 5. Körper: Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?!

- **Kopf:**  Spannungskopfschmerzen  Migräne  Clusterkopfschmerz  
 Trigeminusneuralgie  Faszialisparese  
 -> Häufigkeit/ Intensität (0-10)/ Kopfreion/ Tageszeit/ Auslöser/ Begleitsymptome?  
 \_\_\_\_\_

- **Haare:**  sehr dünn  spröde  Haarausfall? \_\_\_\_\_

- **Augen:**  Kurzsichtigkeit  Weitsichtigkeit  Brille  Kontaktlinsen  
 Maculadegeneration  Glaukom  Schwellungen  Augenringe  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Ohren:**  Schwerhörigkeit  Tinnitus  Morbus Menière  Hörsturz  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Nase:**  behinderte Nasenatmung  verstopfte Nase  Nutzen Sie Nasenspray?  
 Nebenhöhlenentzündungen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Mund:**  Aphten  Herpes  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Mandeln:**  häufige Entzündungen? ( Kindheit  heute)  Entfernung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Rachen/ Speiseröhre:**  Schluckbeschwerden  Heiserkeit  saures Aufstoßen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Zähne:**  Schmerzen  Füllungen? Welcher Art? \_\_\_\_\_  
 Wurzelbehandlungen  Entfernungen  Karies  Zähneknirschen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Schilddrüse:**  Struma  Knoten  OP  Überfunktion  Unterfunktion  Entzündungen  
 Radio-Jod-Therapie  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Herz:**     Hoher Blutdruck                       niedriger Blutdruck                       Infarkte                       Arteriosklerose  
 Angina pectoris                       Druck/-Engegefühl                       Rhythmusstörungen  
 Schmerzen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Lunge:**     Schmerzen  Druck/-Engegefühl                       Atemnot/-beschwerden                       Husten  
 Auswurf                       Bronchitis                       Asthma                       Pneumothorax                       Lungenentzündung  
 Raucher                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Bauchraum:** \_\_\_\_\_

- **Magen:**     Schmerzen  Völlegefühl  Verdauungsbeschwerden  Gastritis                       Appetitlosigkeit  
 Geschwüre  Achalasie                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Darm:**     Schmerzen  Druck                       Blähungen  Hämorrhoiden                       Blinddarmerk.  
 Geschwüre  Infektionen  Mor. Crohn  Colitis Ulcerosa                       Reizdarmsyndrom  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Stuhlgang:** Häufigkeit: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_  
 Verstopfung  Neigung zu Durchfall                       Wechselhaft                       Geruch  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Leber:**     häufige Müdigkeit                       Hepatitis                       Druckgefühl im Oberbauch  
 trinken Sie viel Alkohol?  Nehmen Sie leberschädigende Medikamente?  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Galle:**     OP                       Koliken                       Gallensteine                       Fettunverträglichkeit

- **Blase:**     Entzündungen                       Inkontinenz  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Miktion:**  Schmerzen  Brennen                       Farbe                       Geruch                       nächtliches Wasserlassen  
 Häufigkeit  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Niere:**     Schmerzen  Steine                       Niereninsuffizienz                       Harnwegsinfekte  
 Inkontinenz                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Prostata:**  Schmerzen  Druckgefühl                       Vergrößerung                       OP  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **sexuell übertragbare Erk.:** \_\_\_\_\_

- **Rücken:**  Schmerzen  Bandscheibenvorfall                       OP                       eingeschränkte Beweglichkeit  
 Skoliose                       Verspannungen                       Hexenschuss                       Morbus Bechterew  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Hände/Arme:**  Taubheitsgefühle                       Kribbeln                       Schmerzen                       Verformungen  
 Karpaltunnelsyndrom                       Nervenschädigungen                       Durchblutungsstörungen  
 Nagelpilz                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Bein/Füße:**  Schmerzen  Kribbeln                       Ödeme                       OP                       Veränderungen  
 Verformungen                       Verletzungen                       Krampfadern  Gefäßerkrankungen  
 Missempfindungen                       Taubheitsgefühle                       kalte Füße  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Haut:**     Hautveränderungen                       Narben                       Schuppenflechte                       Neurodermitis  
 Hautpilz                       Hautkrebs  viele Leberflecken                       Neigung zu blauen Flecken  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Blut:**     Anämie                       Eisenmangel: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Lymphsystem:**                       Lymphknotenschwellungen                       Milzriss  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

- **Altersbeschwerden:**                       Demenz                       Osteoporose                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 6. Vegetativ Anamnese:

Schätzen Sie sich bitte auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) – 10 (sehr gut) ein.

**Körperliche Leistung** 1-10: \_\_\_\_\_ **Gedächtnis** 1-10: \_\_\_\_\_

Nachtschweiß  Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_  Gewichtszunahme: \_\_\_\_\_

Fieber  Infektanfälligkeit  Juckreiz

**Schlaf:** Dauer: \_\_\_\_\_  Ein-  Durchschlafstörungen  Schichtarbeit?  Zähneknirschen  Schnarchen

**Appetit:** \_\_\_\_\_ **Gelüste:** \_\_\_\_\_

**Ernährungsrichtlinien:** \_\_\_\_\_ **feste Mahlzeiten:**  Nein  Ja/ Anzahl: \_\_\_\_\_

**Durst:**  Nein  Ja  nachts **Trinkmenge:** \_\_\_\_\_/pro Tag

## 7. Psychische Anamnese:

Sind Sie mit ihrem Leben zufrieden? Gibt es etwas, dass Ihnen starke Sorgen macht?

---



---

### • Sucht/ Suchtverhalten:

**Rauchen Sie?**  Nein  Ja → Anzahl der Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**  Nein  Ja → Wie oft?/ Welche Art? \_\_\_\_\_

**Trinke Sie Kaffee?**  Nein  Ja → Anzahl der Tassen pro Tag? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Drogen?**  Nein  Ja → Wie oft? \_\_\_\_\_

- Amphetamine  Psychedelika (z. B. Mescaline, LSD)  Narkotika (z. B. Ketamin)  
 Empathogene (z. B. MDMA)  Stimulanzien (z. B. Kokain)  Sedativa/Hypnotika (z. B. Cannabis)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**- Waren oder sind Sie in psychologischer Behandlung?**  Nein  Ja

**- Haben oder hatten Sie Suizidtendenzen? Gab es Selbstmordversuche?**  Nein  Ja:

---



---

### • Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHS/ Aufmerksamkeitsstörung         | <input type="checkbox"/> Burn out                        | <input type="checkbox"/> Manie               |
| <input type="checkbox"/> Depression                           | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                 | <input type="checkbox"/> Alpträumen          |
| <input type="checkbox"/> Angst-/Panikstörungen                | <input type="checkbox"/> Essstörungen (Anorexie/Bulimie) | <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen     |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzungstendenz             | <input type="checkbox"/> Borderline                      | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstör. |
| <input type="checkbox"/> Bewusstseins-/Orientierungsstörungen | <input type="checkbox"/> Merk- & Gedächtnisstörungen     | <input type="checkbox"/> Amnesie             |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatisches Belastungssyndrom  | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen        | <input type="checkbox"/> Schizophrenie       |

## 8. Medikamentenanamnese:

**Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Sie einnehmen.**

→ Medikament (Wirkstoff)/ für welche Erkrankung/ Dosierung/ Nebenwirkungen, subjektives Empfinden

---



---



---



---



---



---

**9. Wie sehen Ihre persönlichen Ziele hinsichtlich Ihrer Erkrankung/ Ihres Problems aus?**

---



---

**=> Bitte bringen Sie diesen Fragebogen sowie evtl. Befunde, Ihren Impfausweis und Ihre derzeitigen Medikamente/Beipackzettel zum Erstgespräch mit.**

**Um die Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten, vergeb ich zeitlich gut abgestimmte Termine. Deshalb bitte ich Sie um Pünktlichkeit. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, teilen Sie mir dies bitte mindestens 24 Stunden im voraus telefonisch mit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich Ihnen ansonsten 50% der Kosten privat in Rechnung stelle.**