

# Naturheilpraxis

Anna Thuns  
Michaelstraße 71  
09116 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?

---

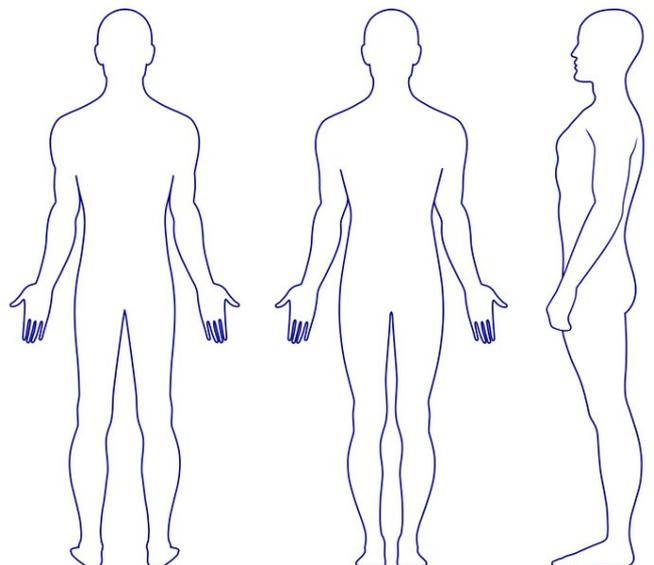
---

---

- 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.)

- Diabetes mellitus       Blutdruck       Angina pectoris       Schlaganfall  
 Herzinfarkt       Thrombose       Gicht       Rheuma       Asthma  
 Lungenerkrankungen       Hepatitis       erhöhte Cholesterinwerte       Hauterkrankungen  
 HIV/AIDS       Multiple Sklerose  
 Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Tumore/ Krebserk.: \_\_\_\_\_  
 genetisch Erkrankungen.: \_\_\_\_\_

### 3. Kinderkrankheiten:

- Mumps       Keuchhusten       Pfeiffersches Drüsenfieber       Diphtherie  
 Polio       3-Tage Fieber       Windpocken       Masern       Röteln  
 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: \_\_\_\_\_

- **Miktions:**  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 Suizid Tendenzen? 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.**