

## Anamnese

Name

Adresse

Geburtsdatum

Gewicht und Größe

sozialer Status (verheiratet, allein lebend...)

Beruf und Zufriedenheit im Beruf

Freizeitaktivitäten, Sport etc.

Anzahl Kinder

unerfüllter Kinderwunsch

Symptome (körperlich und psychisch)

erstmaliges Auftreten

Operationen

Unfälle

frühere Krankheiten

Impfungen (Kopie Impfbuch/Impfausweis)

## **Spezifische Befragung**

**Was geschah kurz (3-6 Monate) vor dem ersten Auftreten der Hauptsymptome?**

- Grippaler Infekt o.ä.
- Unfall
- Scheidung
- Verlust eines Angehörigen
- Stress in Familie oder am Arbeitsplatz

## **Haut**

- Temperatur, kalt, warm, trocken, feucht
- Schwitzen, Frieren
- Hautfarbe: gelblich, gebräunt, blass usw.
- schuppig
- Rötungen
- Pusteln
- Akne
- Fieberblasen
- Haare
- Finger + Fußnägel

## **Verdauung**

- Durchfälle
- Verstopfung
- Häufigkeit der Stuhlgänge
- Krämpfe, Tenesmen
- Reflux, Sodbrennen
- Magen-, Darmschmerzen
- Hämorrhoiden

## **Gelenke und Muskeln**

- Schmerzen
- Wann?
- Mit oder Ohne Belastung?
- Schwellungen
- Beweglichkeit

## **Herz - Kreislauf**

- Angina Pectoris
- Krampfadern
- Herzrasen, -stolpern
- Blutdruck

## **Neurologische Beschwerden**

- Motorik, Feinmotorik
- Neuralgien
- Parästhesien
- Kribbeln
- Restless Legs
- Lähmungen

## **Sinnesorgane**

- Augen
- Geruchssinn
- Geschmackssinn
- Gehör

## **Schlafgewohnheiten**

- genügend Schlaf
- Morgens wach oder lange Anlaufzeit
- Erschöpfung

- Mittagsschlaf
- Wann Bettruhe und wie viele Stunden Schlaf
- Einschlaf- oder Durchschlafstörungen

### **Leistungsfähigkeit**

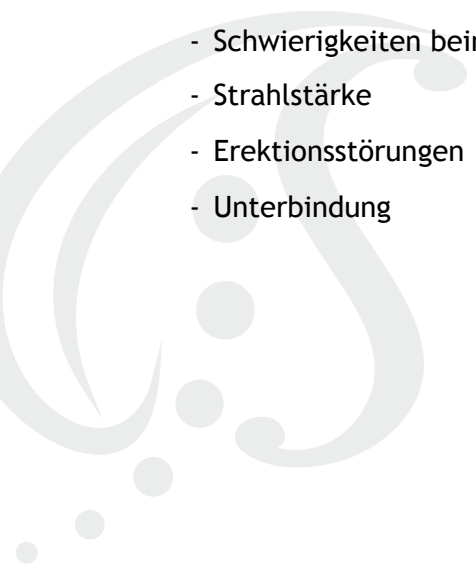
- Erschöpfung körperlich oder psychisch
- Konzentrationsstörungen
- Hyperaktivität

### **Allergien und Unverträglichkeiten**

### **Frauen zusätzlich**

- Regelmäßigkeit der Menses
- PMS
- Menopause
- Unterbindung
- Verlauf von Schwangerschaften und Geburten
- Aborte (spontane und gewollte)

### **Männer zusätzlich**

- Schwierigkeiten beim Wasserlassen
  - Strahlstärke
  - Erektionsstörungen
  - Unterbindung
- 

## **Alltagsverhalten und weitere Informationen**

### **Essgewohnheiten**

- Mischkost
- Vegan / Vegetarisch
- Bio

### **Trinkmenge (Wasser)**

### **Genuss- und Suchtmittel**

- Kaffee
- Alkohol
- Nikotin
- Drogen
- Energie-Drinks
- Aufputzmittel

### **Aktuelle Medikamenteneinnahme inklusive Naturheilmittel, Nahrungsergänzungen und Homöopathika**

### **Zahnstatus (neuere Panaromaaufnahme)**

**Bisherige Therapien und sämtliche vorherige Laborresultate sowie Befunde, Röntgenbilder, MRT-Berichte etc.**

### **Familiensituation**