



Hannelore Rexroth • Heilpraktikerin • Krokusweg 2 • 64646 Heppenheim
Telefon: 06252 9665273 • E-Mail: hallo@gesund-leben-praxis.de

Anamnese - Patientenfragebogen

Datum _____

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ Geburtstag _____

Beruf _____

Familienstand _____ Anzahl Kinder: _____ Alter: _____

Versicherung: gesetzlich mit Zusatzversicherung privat beihilfeberechtigt

Name der _____

Versicherung: (alle
Angaben freiwillig)

Grund der Behandlung und Ihre aktuellen Beschwerden: Welche, seit wann?

Gibt es bereits **Diagnosen oder Vorbefunde**?

Welche **Behandlungen/Operationen** erhalten Sie bzw. haben Sie bereits erhalten?
(Roter Faden von der Geburt bis heute mit markanten Symptomen und Ereignissen)



Welches **Ziel** verfolgen Sie mit der Behandlung?

Gab es **Auslöser**? (Erkrankung, Operation, Unfall o.ä.) Wenn ja: **wann**?

Welche **Medikamente**/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?
(Auch Hormone, Pille, Schilddrüsenmedikamente, Vitamine, Sportgetränke, etc.:)

Durchgemachte Kinder- oder Infektionskrankheiten: _____

Letzte **Antibiotika-Behandlung**, wie häufig? _____

Letzte **Impfungen:** _____

Wie ist Ihr **Schlaf**? _____ ca. von _____ bis _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien: _____

Krankheiten in der Familie: _____

Gibt es weitere **allgemeine oder wiederkehrende Beschwerden** in folgenden Bereichen?

1. Kopfbereich (HNO, Augen, Kiefer/Zähne, Lippen, Zunge, Haare/Kopfhaut, Kopf-, Nackenschmerz, Schlucken, Schilddrüse)
2. Brust/Thorax (Herz, Lunge, Bronchien, Atmung, Druck, Schmerz)
3. Rücken
4. Bewegungsapparat /Gelenke (Arme/Beine/Hände Füße, Schulter, Hüfte)
5. Verdauungsapparat (Magen, Darm, Hämorrhoiden, Polypen, Blutungen)
6. Leber/Galle
7. Pankreas/Diabetes
8. Urogenitalbereich (Niere, Blase, Prostata, Menstruation/PMS)
♀ Zyklus: _____ Tage, Beschwerden: _____
9. Blutgefäßsystem (Arteriosklerose, Venenerkrankungen, Krampfadern, Blutdruck)
10. Haut (Ausschläge, Juckreiz, Trockenheit)
11. Stress/Stimmung/Energielevel



Ernährung:

[] Vegetarier [] Veganer [] Andere Besonderheiten:

Anzahl Mahlzeiten pro Tag: _____

Typisches Frühstück: _____

Typisches Mittagessen: _____

Typisches Abendessen: _____

Typisches Snackverhalten (Zeitpunkt, Art): _____

Typisches Trinkverhalten (Was, wann, wieviel): _____

Alkohol/ Zigaretten/ Drogen (Was, wann, wieviel): _____

Verdauungs-Beschwerden	Stuhl-Diagnostik	Diagnostik durch Arzt:	Ärztl. Untersuchungsmethode + Datum
<input type="checkbox"/> Blähungen normal	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Candida (Pilz)	
<input type="checkbox"/> Blähungen stinkend	<input type="checkbox"/> harter Stuhl, köttelig	<input type="checkbox"/> Clostridium diff.	
<input type="checkbox"/> Blähbauch	<input type="checkbox"/> Durchfall wässrig	<input type="checkbox"/> Blastocystus hom.	
<input type="checkbox"/> Meteorismen/Flatulenz	<input type="checkbox"/> Breiiger weicher Stuhl	<input type="checkbox"/> Parasiten	
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Wechselnder Stuhl	<input type="checkbox"/> Lebensmittelvergiftung, wann?	
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Farbe verändert heller	<input type="checkbox"/> Helicobacter Pylori	
<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Farbe verändert dunkel	<input type="checkbox"/> Gallensäureverlust	
<input type="checkbox"/> Zungenbrennen	<input type="checkbox"/> Verdauungsreste im Stuhl	<input type="checkbox"/> Enzymmangel	
<input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Fettiger Stuhl	<input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz (Bauchspeicheldrüse)	
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Klebriger Stuhl	<input type="checkbox"/> CED (welche?) Chron. Entzündliche Darmerkrankung	
<input type="checkbox"/> Träge Darm-Motilität	<input type="checkbox"/> Stuhl schwimmt oben	<input type="checkbox"/> Magenspiegelung	
<input type="checkbox"/> Nach dem Essen = Stein im Magen	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl (ärztl. Abgeklärt?)	<input type="checkbox"/> Darmspiegelung	
<input type="checkbox"/> Darmbarrierestörung/ Leaky Gut	<input type="checkbox"/> Gefühl nicht entleert	<input type="checkbox"/> Nährstoffmängel	
<input type="checkbox"/> Übelkeit/ Nausea			

Stuhlgang, wie oft? _____

Gibt es **Allergien & Unverträglichkeiten**? (wie getestet?) _____

- Fructose-Intoleranz Sorbit-Intoleranz Histamin-Intoleranz Gluten-Intoleranz Zöliaki
 Laktose-Intoleranz Medikamente, welche _____ Tiere, welche _____
 Hausstaub, Schimmel Heuschnupfen, Andere _____
 SIBO/ Dünndarmfehlbesiedlung (H2, CH4, H2S) Salicylatintoleranz
 Schwermetallvergiftung

Wie äußern sich die Allergien/ Unverträglichkeiten: _____



**Kopf-bis-Fuß Anamnese: Gibt es Auffälligkeiten oder Erkrankungen?
(Unterstreichen)**

Immunsystem/ Infektanfälligkeit: _____

Autoimmunerkrankungen _____

Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen: _____

Übergewicht, Adipositas _____

Herpes, Aphten, EBV, Herpes-Zoster, Pilzkrankungen, Borreliose: _____

Kopfschmerzen/ Migräne: _____

Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, „brain fog“= Hirnebel: _____

Konzentration, Merkfähigkeit, Gehirnleistung, Wortfindung: _____

Sinnesorgane (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken): _____

Tastsinn, Parästhesien/Sensibilitätsstörungen, Kribbeln, M. Raynaud: _____

Bewegungsapparat, Gelenkschmerzen, Theuma, Gicht _____

Haut, Haare, Nägel (was konkret _____

Herz(fehler), Blutdruck, Kreislaufprobleme: _____

Atmungssystem, Asthma _____

Harnableitendes System, chron. Blasenentzündungen _____

Wasserlassen besonders häufig/ selten _____

Nierensteine, Koliken _____

Gallensteine, Gallengangsentzündung _____

Lebererkrankung, Fettleber, Hepatitis _____

Einlagerungen, Ödeme, schwer Beine _____

Übermäßige Absonderungen, Schweiß, Ausfluss, Sekrete _____

Divertikel, Polypen, Gastritis, Magen-Darm-Geschwüre _____

Schilddrüse, M. Hashimoto _____

Gynäkologisch, Zyklusbesonderheiten, Geschlechtsorgane _____

Libido vorhanden _____

Hormonsystem _____

Zahnstatus, übermäßige Probleme (warum?), Implantate, Parodontose _____

Schlaf, Einschlafen, Durchschlafen _____

Energielevel, übermäßige Müdigkeit, Erschöpfung _____

Unfälle/ Operationen: _____

Angeborene Fehlbildungen _____

Impfstatus, Reaktionen _____

Erbliche Vorbelastungen: _____

Psyche, Themen, Traumata, Essstörungen, Behandlung: _____

Job/ Familie/ Freizeit (gibt es Stressfaktoren?):

Sonstige Bemerkungen:

Vielen Dank!