

Praxis für Naturheilkunde

Jürgen Naegele, funktionelle und integrative Medizin

Trenne nicht, führe zusammen



Ganzheitlicher Anamnesebogen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Ausfüllen dieses Fragebogens nehmen. Der Bogen hilft mir, Ihre Beschwerden, Ihre gesundheitliche Vorgeschichte und mögliche Zusammenhänge besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig und in Ruhe. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte **gut leserlich in Druckbuchstaben** ausfüllen.

1. Persönliche Daten

Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Beruf	
Familienstand	
Kinder	
Hausarzt	
Krankenversicherung / Zusatzversicherung	

2. Hauptbeschwerden

Was führt Sie zu uns?

- Beschwerden bestehen seit Tagen
- Beschwerden bestehen seit Wochen
- Beschwerden bestehen seit Monaten
- Beschwerden bestehen seit Jahren

Verlauf:

- plötzlich
- schleichend
- schubweise
- zunehmend
- wechselhaft

3. Symptomübersicht

Bitte bewerten Sie die Intensität Ihrer Beschwerden:

Symptom	nicht	wenig	mäßig	stark	sehr stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- /Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Vegetatives Nervensystem / Regulation

Symptom	nie	selten	häufig	dauerhaft
innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressintoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schnelle Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kalte Hände/Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Schlaf

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- nächtliches Schwitzen
- nicht erholsamer Schlaf
- nächtliches Grübeln
- Schnarchen / Atempausen

6. Verdauung / Darm

Symptom	nein	leicht	mäßig	stark
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhlgang:

- täglich
- alle 2–3 Tage
- wechselhaft

Stuhlkonsistenz:

- normal
- weich
- hart
- wechselnd

7. Ernährung

- Mischkost
- vegetarisch
- vegan
- Low Carb
- ketogen
- glutenfrei
- laktosefrei
- regelmäßiger Zuckerkonsum
- spätes Essen
- Heißhunger
- Kaffee täglich
- Alkohol regelmäßig

8. Miktion / Urogenital

- häufiger Harndrang
- nächtliches Wasserlassen
- Brennen
- Harnwegsinfekte
- Inkontinenz

Frauen:

- Zyklus regelmäßig
- starke Blutungen
- PMS
- Wechseljahre
- Verhütung
- Schwangerschaften/Geburten

Männer:

- Prostatabeschwerden
- nächtliches Wasserlassen

9. Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel

Medikament	Dosierung	seit wann

Nahrungsergänzung	Dosierung

10. Allergien / Unverträglichkeiten

- Medikamente
- Nahrungsmittel
- Pollen
- Tierhaare
- Histamin
- Sonstige

11. Vorerkrankungen

- Schilddrüsenerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Borreliose
- EBV/Pfeiffer
- COVID/Post-COVID
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Depression
- Angststörung
- chronische Infekte
- Allergien
- Operationen

12. Biographie / Belastende Ereignisse

Gab es in Ihrem Leben belastende Ereignisse oder Erfahrungen, die Sie heute noch beschäftigen?

- nein
 - eher wenig
 - teilweise
 - deutlich
 - sehr stark
-

Gab es Dinge in Ihrem Leben, die Sie lieber nicht erlebt hätten?

nein

ja

13. Unfälle / Operationen / Verletzungen

Ereignis	Jahr
Verkehrsunfall	_____
Sturz / Schleudertrauma	_____
Knochenbruch	_____
Operation	_____
Kopfverletzung / Gehirnerschütterung	_____
Sonstiges	_____

Seit einem Unfall oder Eingriff bestehen anhaltende Beschwerden

14. Familienanamnese / Familiensystem

Erkrankung	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bekannte Erbkrankheiten oder genetische Besonderheiten:

15. Vorbehandlungen / Arztkontakte

Arzt / Klinik / Therapeut	Jahr
Hausarzt	_____
Facharzt	_____
Klinik	_____
Reha	_____
Heilpraktiker / Osteopath	_____
Psychotherapie	_____

Welche Therapien haben geholfen?

Welche Therapien wurden schlecht vertragen oder waren ohne Erfolg?

16. Belastbarkeit / Stress

- normal belastbar
- leicht eingeschränkt
- mäßig eingeschränkt
- deutlich eingeschränkt
- kaum belastbar

Was verschlechtert Ihre Beschwerden besonders?

- Stress
- körperliche Belastung
- Infekte
- Schlafmangel
- bestimmte Nahrungsmittel
- Hitze/Kälte
- hormonelle Veränderungen
- unklar

17. Ziele und Erwartungen

Was wünschen Sie sich von der Behandlung?

18. Impfungen / Infektionskrankheiten

Welche Impfungen haben Sie in letzter Zeit bekommen, bzw. welche Infektionskrankheiten wie Grippe, Covid19, FSME, Gürtelrose, Borreliose etc. hatten Sie durchlebt?



19. Datenschutz / Einverständnis

Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der medizinischen Behandlung zu.

Ort / Datum

Unterschrift
