



**Naturheilpraxis Straub • Björn Straub • Heilpraktiker**  
Breitenäckerweg 32 • 72221 Haiterbach  
Telefon 0 74 56-28 70 21 4 • FAX 0 74 56-28 70 218  
info@naturheilpraxis-straub.de • www.naturheilpraxis-straub.de

## ANAMNESEBOGEN

**Datum:**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

E-Mail

Beruf

Familienstand

Kinder

Hobby/Freizeitaktivitäten

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

ja

nein

Wenn ja, welcher Art / welche Versicherung?

**Was führt Sie aktuell hierher? Was belastet Sie am meisten?**



---



---



---



---



---

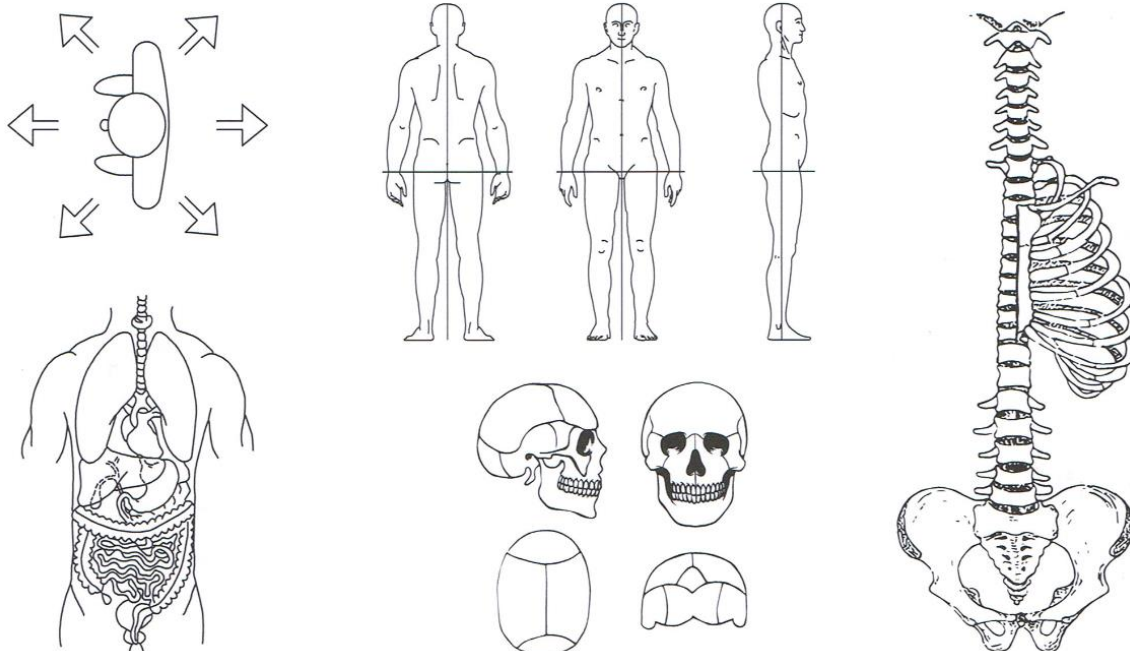


---

Rauchen Sie? - Wenn ja, wie viel täglich? - Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Schlaf erholsam? Schlafdauer ca. ....Std.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? - Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in letzter Zeit - auffallend Gewicht verloren? - auffallend zugenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktuelles Gewicht:                      Größe:	
Haben Sie derzeit / immer wieder Fieber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie psychische Probleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bewegungsapparat**

Rückenschmerzen - wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------	---



**Allergien**

Medikamente - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blütenpollen - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hausstauballergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tiere / Tierhaare	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige		

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten**

Laktose (Milchzucker)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gluten (Zöliakie / Sprue)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nüsse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hühnereiweiß	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fischeiweiß	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Milcheiweiß	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Kopf**

Schwindel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen - Wenn ja, wie häufig? - Hinterhaupt / Vorderhaupt / Gesicht - Nacken - Einseitig / beidseitig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenprobleme - Wenn ja, welcher Art?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hörprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Oherschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ausfluß aus dem Ohr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie häufig oder lange Schnupfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nebenhöhlenvereiterung (Sinusitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahn- / Wurzelprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haarausfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Hals**

Halsschmerzen - Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Halsentzündung / Angina	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen beim Schlucken - Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden die Mandeln entfernt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gefühl, dass Speisen im Hals stecken bleiben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Heiserkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vergrößerung der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Brust**

Husten - Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auswurf Wenn ja, wie sieht er aus (blutig, eitrig, schleimig)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemnot - bei Belastung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend - wenn ja, wie häufig / wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angina pectoris-Anfälle - wenn ja, wie häufig / wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzjagen - wenn ja, wie häufig / wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzstolpern / Herzrhythmusstörungen - wenn ja, wie häufig / wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Blutdruck (falls bekannt)</b>		

**Bauch**

Bauchschmerzen - Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beschwerden / Schmerzen während des Essens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beschwerden / Schmerzen vor / nach dem Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sodbrennen - Wenn ja, wann oder wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unverträglichkeit von		
- Fleisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Fettigen Speisen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Scharfe Speisen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
- Sonstige		

Übelkeit - Wenn ja, wann oder wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erbrechen - Wenn ja, wann oder wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verstopfung - Wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfall - Wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blut im / auf Stuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stuhlveränderungen Farbe Geruch Menge Beschaffenheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Niere / Harnblase / Geschlechtsorgane**

Schmerzen in der Nierengegend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermehrtes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermindertes / erschwertes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Probleme, Wasser zu halten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(Blutiger) Ausfluss aus der Harnröhre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Veränderung des Urins Farbe Geruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Arme / Hände**

Geschwollene Gelenke - Wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzhafte Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenksveränderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafen Ihnen (z.B. nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen der Hände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zittern Ihre Hände manchmal?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen in Armen/Händen (Kribbeln, Taubheitsgefühl)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sehnenscheidenentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Veränderungen der Handinnenflächen (Knoten etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Beine / Füße**

Krampfadern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wadenkrämpfe (v.a. nachts)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen in Beinen / Füßen - Wenn ja, wann / wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Müssen Sie beim Gehen schmerzbedingt stehenbleiben? - Wenn ja, nach welcher Strecke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschwollene Beine / Füße / Knöchel - Wenn ja, wann / wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen in der Hüfte, im Knie, Fußgelenken - Wenn ja, wann / wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gefühlsstörungen in Beinen / Füßen (Taubheit, Kribbeln) - Wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Haut**

Hautausschläge - Wenn ja, welcher Art? (z.B. eitrig, rot, juckend, Blasen, Pickel, Pusteln, Schorf) - Wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautjucken - Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlechte Wundheilung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufig blaue Flecken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Gynäkologie**

Wann war die erste Regelblutung?	
Wann war die letzte Regelblutung?	
Zyklusdauer (Tage)	
Blutungsstärke (schwach, normal, stark, sehr stark)	
Beschwerden im Zusammenhang mit Regelblutung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausfluss	
Beschwerden im Bereich der Brüste	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Persönliches und berufliches Umfeld**

Haben Sie eine stabile Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich in Ihrer Familie wohl / aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Freunde, mit denen Sie reden können?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse? Fühlen Sie sich zuhause wohl?	
Sind Sie am Arbeitsplatz starken Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing, starke psychische oder körperliche Belastung, Schichtdienste etc.)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind Sie beruflich oder privat regelmäßig Schadstoffen ausgesetzt (z.B. Dämpfe, Schwermetalle, Strahlungen, Amalgam etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie große Sorgen / Ängste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Bemerkungen:**

A series of horizontal lines for writing notes.