

---

## Personalien und Anamnesebogen

### Personalien

Anrede Frau / Herr

---

Name  Vorname

---

Strasse  PLZ/Ort

---

Geb-Datum  Zivilstand

---

Blutgruppe

---

Grösse  Gewicht

---

Wohnverhältnis  
alleine  Partnerschaft/Familie  anderes:

---

Email  Telefonnr.

---

Gelernter Beruf und derzeitige Funktion

---

Hausarzt: Adresse, Website, Telefonnummer

---

Krankenkasse

---

Zusatzversicherung für Naturmedizin  Ja  Nein

---

Abklärung bezüglich Kostenübernahme ist gemacht und wird übernommen  
ich übernehme die Kosten selbst

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

Wieso suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Wunsch/Ziel an die Behandlung?

---

Welche Veränderungen wollen Sie in Ihrem Alltag?

---

## Fragen zu Ihren Beschwerden

Bitte kreuzen Sie das jeweilig zutreffende an und/oder beschreiben Sie Ihre Symptome möglichst genau:

Was führt Sie zu mir?

-Akute Beschwerden

-chronische Beschwerden

-Anderes

Möglichst genaue Benennung/Beschreibung der Beschwerden:

---

---

---

---

Seit wann leiden Sie an den oben beschriebenen Symptomen?

---

---

---

---

Liegt eine klinische (schulmedizinische) Diagnose vor? (Dokumentation bitte zum ersten Termin mitbringen)

Nein falls ja, was genau:

---

---

---

---

Sind Sie aktuell in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

Nein falls ja bitte Namen sowie die Art der Therapie angeben:

---

---

---

---

Haben sich die Beschwerden über die Zeit verändert?

Nein falls ja, wie?:

---

---

---

Waren Sie in letzter Zeit (oder in Verbindung mit dem Beginn der Symptome) im Ausland)?

Nein ja:

---

---

---

Gibt es Ihrer Meinung nach ein Ereignis (Verlust, Trauer, Stress, Schock etc) welcher als seelischer Auslöser für Ihre jetzigen Beschwerden gesehen werden kann?   Nei   ja:

---

---

---

---

Leiden Sie aktuell oder litten Sie in der Vergangenheit jemals an einer der folgenden

Krankheiten / resp. Symptomen (zutreffendes bitte ankreuzen und Jahresangabe vermerken):

• Lippenherpes	• Gürtelrose
• Milchschorf	• Neurodermitis
• Blasenentzündung	• Bindehautentzündung
• Tuberkulose	• Malaria
• Syphilis	• Tripper
• Autoimmunerkrankung	• Multiple Sklerose
• Borreliose	• Diabetes
• Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin	• Gicht
• Rheuma	• Gelenkprobleme
• Tumor: __gutartig / __böartig	• Zysten: wo?
•	• Herpes
• Windpocken	• Masern
• Mumps	• Röteln
• Scharlach	• Diphtherie
•	
• Kopfschmerzen (chronisch)	• Migräne
• Durchfall	• Verstopfung
• Venenstau / Krampfadern	• Schilddrüsenprobleme
	• Überfunktion?
	• Unterfunktion?
• Hautprobleme: welche?	
•	•
• Geschwür: wo?	• Furunkel: wo?
• Fistel: wo?	• Abszess: wo?
•	
• Depression	• Vergesslichkeit
• Lustlosigkeit	• Wutanfälle
• Libidoverlust (Sexuelle Unlust)	• Haarausfall
• Brüchige Nägel oder rillen	• Anfällig für Infekte
• Oft müde und abgespant	• Häufig Muskelkrämpfe

Wann waren sie das letzte Mal beim:

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Geflickte Zähne? \_\_\_ Wenn ja wie viele? \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie aufgetreten (Grosseltern, Eltern, Geschwister)?

z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Gicht, Rheuma, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Epilepsie, Depression, Tuberkulose, Krebs, weiteres:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fragen zu Ihren Essensgewohnheiten

Wie oft essen Sie am Tag und welche Malzeiten (bitte ankreuzen):

1 2 3 4 5 mehr:

Frühstück    Znüni    Mittagessen    Zvieri    Nacht    andere

---

**Was essen Sie an einem ganz normalen Tag?**

---

---

---

---

**Was und wie viel trinken Sie an einem ganz normalen Tag?**

---

---

---

---

**Welche Genussmittel konsumieren Sie? Wie viel und mit welcher Häufigkeit?**

- Alkohol (Wein, Bier, Liköre, Schnap etc)  
täglich wöchentlich monatlich selten gar nicht

Menge: \_\_\_\_\_

- Rauchen: täglich wöchentlich monatlich selten gar nicht  
Anzahl Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_ / Pro Woche \_\_\_\_\_

- Süßes (Schockolade/Gummibärchen/Gebäck wie Kuchen/Guetzli etc)  
täglich wöchentlich monatlich selten gar nicht

Menge: \_\_\_\_\_

**Spüren Sie aktuell ein vermehrtes Verlangen nach:**

- Süßem    salzigem    saurem    scharfem
- Fleisch    Fisch    Eier    Gemüse
- Früchte

**Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bzgl. Lebensmittelauswahl ein?**

Ausgewogen                      eher einseitig                      unterschiedlich

**Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Nahrungsmittelallergien bekannt?**

Wenn ja, welche:

---

---

---

Bevorzugen Sie lieber: Tropfen, Tee, Fertigarzneien (Tabletten/Dragees), Pulver?

**Fragen zum Lebensstil:**

Bitte kreuzen Sie das jeweilig zutreffende an und/oder geben Sie möglichst genau Antwort.

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungen zu sich (Brausetabletten/Fitness-Shake/Actimel etc?) und wofür?**

   Nein    Ja: was?

---

---

---

**Welche Medikamente nahmen oder nehmen Sie öfters ein?**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Antibiotika</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schmerzmittel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Psychopharmaka</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beruhigungsmittel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Blutverdünner</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schlafmittel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiebersenkende Mittel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medikamente gegen Ekzeme/Pickel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cortison oder verwandte Medikamente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abführmittel</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Andere / welche:</li></ul>	

**Konsumieren Sie jetzt Drogen? Oder früher?**

Nein  Ja, welche?

**Haben sie Pircings:** \_\_\_\_\_

**Wie beschreiben Sie Ihr Schlafverhalten und die Schlafqualität?**

Unruhig  ruhig und erholsam  Mühe mit Einschlafen  Mühe Durchzuschlafen  
 frühzeitiges Erwachen weiteres:

**Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?**

Weniger als 4h  6-8 Stunden  8-10 Stunden r anderes

**Am Morgen fühlen Sie sich....**

frisch und munter  total ko  müde und träge

**Etwas intime Fragen :**

Die Farbe Ihres Urins:  hell  dunkel  anderes

Die Farbe Ihres Stuhlgangs  hell  dunkel  anderes

Sie leiden eher an:  Durchfall  Verstopfung  anderes:

**Pro Stuhlgang brauche Sie so viel Toilettenpapier....**

1-3 Blätter  4-10 Blätter  Feuchttücher

**Wie oft können Sie stuhlen?**

mehrmals täglich  täglich  2-3 pro Woche  1 Mal wöchentlich r anderes

**Konsistenz:**  hart + schmerzhaft  hart  weich  breiig  flüssig/wässrig

Leiden oder litten Sie öfters an Vaginal-Infektionen/sonstigen Pilzinfektionen (Haut, Füße, Nägel)  nein  ja

**Haben oder hatten Sie jemals Allergien**  nein  ja, welche:

---

**Wie sehen Ihre Freizeitaktivitäten aus?**

---

---

---

---

**Was für Körperpflege-Produkte verwenden Sie?**

---

---

---

Schwitzen Sie leicht? \_\_Nein \_\_Ja

Fiebern Sie leicht? \_\_Nein \_\_Ja

Wurden Sie geimpft? \_\_Nein \_\_Ja

Wenn ja, welche und wann (in etwa):

---

---

---

---

**Gab es in Ihrem Leben einschneidende Erlebnisse (egal welcher Natur) die Sie für besonders erwähnenswert halten?**

Aus der Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, Trennungen, Verluste, Unfälle, Krankheiten, Kündigungen und weiteres

---

---

---

---

Ich bestätige, dass ich diesen Anamnesebogen ehrlich und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe:

Unterschrift Kunde:

Datum / Ort:

Name:

---