

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in meiner Praxis für Ganzheitliche Medizin und Diagnostik!

Praxis GAMEDi

Claudia Herold
Heilpraktikerin & Hebamme

Arthur-Scheunert-Allee 2, Haus 2
14558 Nuthetal, direkt am Bahnhof Potsdam- Rehbrücke

info@praxis-gamedi.de

Tel.: 033200-555232 (bitte AB nutzen!)

Zur Vorbereitung auf Ihren Besuch bei mir erhalten Sie diesen Anamnesebogen.

Bitte füllen Sie den Bogen nach gründlichem Lesen in Ruhe aus und notieren Sie sich Fragen oder Unklares.

Bitte bringen Sie **Bogen und Notizen** zu unserem ersten Treffen in die Praxis mit. Ich werde den Bogen mit Ihnen durchsprechen und es können bestehende oder auftauchende Fragen geklärt werden. Bitte bringen Sie auch **alle ärztlichen Befunde und Laborwerte** mit, die **nicht älter als 1 Jahr** sind.

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ, Ort:
Beruf:	e-mail:
Tel.(privat):	Tel. (geschäftl.):
Krankenkasse:	Hausarzt:
berufliche Tätigkeit:	Wochenarbeitszeit:
Personenstand:	Kinder:
Bauchumfang:	Gewicht / Größe:
<small>(Beschreibung zur Durchführung am Ende des Bogens)</small>	

Ihr Anliegen (bitte unbedingt ergänzen!):

Familienanamnese (Eltern, Großeltern, Geschwister)

- Bluthochdruck, wer?:

- Diabetes, wer?:

- Herzinfarkt, wer?:

- Schlaganfall, wer?:

- Krebserkrankung (welche?), wer?:

- Neurodermitis/ Allergie/ Asthma, wer?:

- Depressionen, Nervenleiden, wer?:

- andere wichtige Erkrankungen oder Risikofaktoren (welche?, wer?):

Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben? Bitte ankreuzen!

- ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise (z.B. alte oder gebrechliche Menschen)

- ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z.B. Büroangestellte)

- sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende oder stehende Tätigkeiten (z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende)

- überwiegend gehende und stehende Arbeit (z.B. Kellner, Verkäufer, Reinigungskräfte, Handwerker, Polizisten)

- körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Leistungssportler)

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und/oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (mehr als 30 min)?

gar nicht

1-3 Mal

4 Mal oder öfter

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft konsumieren Sie Fleisch und/oder Wurst?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Fisch?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Eier?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Salate und/oder Gemüse?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Obst?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Süßigkeiten (Marmelade, Honig, Schokolade, Kuchen, Kekse, Nachspeisen, Ketchup etc.)?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Kohlenhydrate (Brot, Brötchen, Knäckebrot, Nudeln, Reis, Kartoffeln, etc.)?

nie

selten

regelmäßig

täglich

täglich viel

sehr viel

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

- weniger als 1 Liter 1-2 Liter 2-3 Liter mehr als 3 Liter

Welche Arten Flüssigkeiten und wie viel davon nehmen Sie täglich zu sich?

- Wasser, Menge: Tee, Menge: Kaffee, Koffeinhaltiges, Menge:
 Milch/ Milchprodukte, Menge: Limonade, Menge:
 Sonstiges (was?), Menge:

Konsumieren Sie Alkohol? (1 Glas Wein = 0,2 l ; 1 Glas Bier = 0,5 l)

- nie selten ein Glas täglich 2-3 Gläser täglich mehr als 3 Gläser tgl.

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

- nein weniger als 10 Zig./Tag 1 Packung/Tag
 mehr als 1 Packung /Tag mehr als 2 Packungen/Tag

Wird in Ihrem Umfeld geraucht (Passivrauchen)?

- nein ja

Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

- nein Gluten Milch, Milchprodukte Früchte allgemein
 Zitrusfrüchte Pollen, Heuschnupfen Meeresfrüchte, Schalentiere
 Jod Kupfer Histamin ätherische Öle
 Medikamente, welche? Sonstiges, was?

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

- nie selten öfter (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

- nie selten öfter (fast) immer

Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?

nein ja

Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?

nein ja

Leiden Sie unter Blähungen?

nie selten öfter (fast) immer

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

regelmässig unregelmässig

mehrmals täglich einmal täglich mehrmals wöchentlich, wie oft?:
 einmal wöchentlich seltener als einmal wöchentlich

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhlgang überwiegend?

hart normal breiig Durchfall wechselnd

Wann und wie oft haben Sie in Ihrem Leben Antibiotika erhalten?

innerhalb der ersten 5 Lebensjahre, wie oft, warum (z.B. Mittelohrentzündung, Krankenhausaufenthalte, Angina)?:

innerhalb der letzten 10 Lebensjahre, wie oft?:

Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

nein ja

Wenn ja: wann, wo und welche? Werden aktuell noch Medikamente eingenommen?

**Könnte eine Stärkung Ihres Immunsystems negative Folgen haben?
(z.B. bei Einnahme von Immunsuppressiva bei Autoimmunerkrankungen,
Transplantationen oder während einer laufenden Tumorthherapie etc.)**

nein ja wenn ja, Grund:

Ist eine der folgenden Erkrankungen für Sie zutreffend?

Allergie(n), welche? (bitte ergänzen):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Akne | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Alzheimer, Demenz | <input type="radio"/> Infektneigung | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Arteriosklerose | <input type="radio"/> Fibromyalgie | <input type="radio"/> Paradontitis |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Magenschleimhautentzündung | <input type="radio"/> Parkinson |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <input type="radio"/> Potenzprobleme |
| <input type="radio"/> Blutfett- Stoffwechselstörung | <input type="radio"/> Herpes (Lippe, Gürtelrose) | <input type="radio"/> Psoriasis |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfkt. |
| <input type="radio"/> Bronchitis | <input type="radio"/> Herzschwäche | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfkt. |
| <input type="radio"/> Burnout-Syndrom | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> Tinnitus (Ohrgeräusche) |
| <input type="radio"/> chron. Müdigkeitssyndrom | <input type="radio"/> ADS, ADHS | <input type="radio"/> Zöliakie |
| <input type="radio"/> Darmerkrankungen | <input type="radio"/> Krebserkrankung, aktuell | <input type="radio"/> Sonstige (bitte ergänzen): |
| <input type="radio"/> Depressionen | <input type="radio"/> Makuladegeneration (Alter) | |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 1 | <input type="radio"/> Migräne | |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 2 | <input type="radio"/> Multiple Sklerose | |
| <input type="radio"/> entzündliche Erkrankungen
(z.B. Rheuma) | <input type="radio"/> Neurodermitis | |

Ergänzungen und Anmerkungen

Impfungen innerhalb der letzten 10 Jahre (bitte als Liste mit Jahr der Gabe):

Krankenhausaufenthalte, Operationen und Unfälle

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel (aktuelle)

(bitte ankreuzen und ergänzen um: **seit wann?**, **wie oft?**, **Tageszeitpunkt?**, **Menge = Höhe der Dosierung?! = wie im Medikamentenplan vermerkt**)

- Lipidsenker (= Cholesterinsenker)
- Blutdrucksenker
- Antidiabetika bzw. Insulin
- Diuretika (Mittel zur Wasserausscheidung)
- Blutverdünner
- Hormone
- Mittel zur Gewichtsreduktion
- Gichtmittel
- Antidepressiva
- Parkinsonmittel
- Magensäureblocker
- Antibabypille
- Immunsuppressiva
- Ich nehme regelmässig andere, hier nicht aufgeführte Medikamente (bitte ergänzen!)

Mikronährstoffpräparate / Nahrungsergänzungsmittel (bitte wie oben **als Liste** mit was? , seit wann? , wie oft und zu welchem Tageszeitpunkt? , in welcher **Menge = Höhe der Dosierung?**

Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder Nahrungsergänzungsmittels aufgrund einer zu starken Reaktion oder Allergie reduziert oder abgesetzt werden?

nein

ja

wenn ja: welche Reaktion lag vor? (bitte ergänzen)

Körperliche und mentale Verfassung (bitte ankreuzen)

Können Sie gut schlafen?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie ruhig und gelassen?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie guter Laune?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie voller Energie?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Fühlen Sie sich gestresst?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Fühlen Sie sich entmutigt und traurig?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität / Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie durch Antriebslosigkeit an normalen Tätigkeiten gehindert worden?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen / Vergesslichkeit?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Fühlen Sie sich müde / erschöpft?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Für Frauen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

nein ja wenn ja, welche (bitte erklärend ergänzen)

Haben Sie Zyklusauffälligkeiten?

nein ja wenn ja, welche (bitte erklärend ergänzen)

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?

nein ja wenn ja, welche (bitte erklärend ergänzen)

Haben Sie Libidoprobleme?

nein ja wenn ja, welche (bitte erklärend ergänzen)

Kein Zyklus, weil (bitte ankreuzen)

- Kind Schwangerschaft Stillzeit
- keine Gebärmutter Hormontherapie Wechseljahre
- Postmenopause

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Hinweis zur Angabe Bauchumfang (Seite 1):

Bauchumfang richtig messen: Unbekleidet morgens vor dem Frühstück; knapp oberhalb des Bauchnabels; an der dicksten Stelle des Bauches; Bauchmuskeln entspannen, ausatmen, aber nicht den Bauch einziehen; auf volle cm aufrunden und im Feld „Bauchumfang“ eintragen. Dieser Parameter ist erforderlich zur Berechnung des Fettleberindex. Weitere dafür erforderliche Werte sind die Gamma-GT und die Triglyceride im Blutserum. Die klinische Relevanz des Index ergibt sich aus der Tatsache, dass die Ausprägung der Fettleber Rückschlüsse darauf zulässt, inwieweit eine Stoffwechselentgleisung Richtung Diabetes 2 im Gange ist. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die Fettleber als Prädiabetes angesehen werden kann. Somit steht uns jetzt ein Frühwarnsystem für eine der gefährlichsten Erkrankungen weltweit zur Verfügung.