



Anamnese Fragebogen – Medica Holistic

Name Geburtstag

Vorname Tel. privat

Straße Tel. gesch.

PLZ-Ort Fax

Familienstand E-Mail

Versicherung

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Beihilfe

Private Zusatzversicherung

Privat-Versicherung

Beruf

.....

Bei Kindern

Name und Adresse des Rechnungsempfängers

.....



Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, jene anzukreuzen, welche zutreffen. Ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie (zunächst die 3 Hauptbeschwerden)?

- 1.
- 2.
- 3.

Bitte bringen Sie die Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel mit, welche Sie einnehmen. Ebenso, falls vorhanden, den letzten Laborbefund.

Aktuelle Medikamente, Menge der Einnahme

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewendet?

(Z.B. Spritzen, Medikamente, Infusionen etc.)

.....
.....
.....

Gab es kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ein besonderes Ereignis?

Erkrankung
Operation

Kummer
Hautausschläge

Trauer
Medikamente

Schreck

Sonstiges



Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt (Großeltern, Eltern, Geschwister)?

Krebs	Asthma	Schlaganfall
Herzkrankheiten	Gefäßkrankheiten	Tuberkulose
Depressionen	Epilepsie	Geschlechtskrankheiten
Diabetes Mellitus	Rheuma	Nierensteine
Gallensteine	Multiple Sklerose	Gicht
Schuppenflechten	Allergien	Neurodermitis

Sonstiges

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Tuberkulose (BCG)	Polio (Kinderlähmung)	Tetanus
Diphtherie	Keuchhusten	Masern
Röteln	Mumps	Humanes Papillomavirus
Hepatitis	Cholera	H1N1 (Schweinegrippe)
Pocken	FSME	Haemophilus Influenzae (HIB)
Grippe	Gelbfieber	Varizellen (Windpocken)

Sonstiges

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

Krämpfe	Unruhe	Schlaflosigkeit
Fieber	Verhaltensveränderungen	

Sonstiges

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

Hirnhautentzündung	Mumps	Röteln	Keuchhusten
Tetanus	Kinderlähmung	Malaria	Windpocken
Scharlach	Salmonellose	Ruhr	Syphilis
Tuberkulose	FSME	Herpes	Gonorrhoe (Tripper)
Borreliose	Masern	Tropenkrankheiten	
Pfeiffer'sches Drüsenfieber			

Sonstiges

Haben Sie schon einmal eine Antibiotika oder Kortison Behandlung bekommen?

Antibiotika Wann und wie oft?

Kortison Wann und wie oft?



Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja, wie häufig?

morgens	abends		
Stirn	Augen	Schläfen	Hinterhauptregion
halbseitig links	halbseitig rechts	doppelseitig	

Auslöser der Kopfschmerzen?

Leiden Sie unter Schwindel?

Nein	Ja	
schwankend	drehend	mit Übelkeit und/oder Erbrechen

Sonstiges

Leiden Sie unter Sehstörungen?

Nein	
Ja	Welche?

Haare

Haarausfall	kreisrunder Haarausfall	Schuppen
-------------	-------------------------	----------

Seit wann

Augen

Bindehautentzündung	Grauer Star	Grüner Star	Lasertherapie
Makuladegeneration	kurzsichtig	weitsichtig	Brillenträger
Kontaktlinsenträger	Gerstenkörner		

Sonstiges

Ohren

Schmerzen	Wo?
-----------	-----------

Mittelohrentzündung	links	rechts	beidseitig
Schwerhörigkeit	links	rechts	beidseitig
Geräusche	links	rechts	beidseitig



Zähne/Kiefer

Nein

Ja

Häufige Zahnarztbesuche

Zahnfleischblutung

Weisheitszähne gezogen

Welche:

Gibt es wurzelbehandelte Zähne

Welche:

Gibt es tote Zähne

Welche:

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt

Welche:

Wurde bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt

Wann:

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt

Womit wurde ausgeleitet?

Zahnfüllmaterialien aktuell

Amalgam

Implantate

Gold

Kunststoff

Keramik

Sonstiges

Nase

Heuschnupfen

Polypen

Nasenbluten

Trockene Nase

Schnarchen

Nasennebenhöhlenentzündung

Operationen

.....
.....
.....

Allergien

.....
.....
.....

Hals

Operation

häufige Mandelentzündungen als Kind/heute

Halsschmerzen

Mundgeruch

Immunsystem

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber?

Wie hoch und wie lange?



Lymphknotenschwellungen? Nein Ja Wo?

Wie viele Infekte haben Sie im Jahr?

Leiden Sie unter Herpes oder Aphten?

Schilddrüse

Überfunktion
Hashimoto

Unterfunktion

Vergrößerung

Operation

Brustdrüse

Knoten

Zysten

Ausfluss/Milchfluss

Operationen

.....

Sonstiges

Herz

Infarkt
Beklemmung

Bypass
Stechen

Rhythmusstörungen

Druckgefühl

Sonstiges

Blutdruck

Wann zuletzt gemessen? Werte

Lunge

Lungenentzündung
Atembeschwerden

Häufiges Husten

Auswurf

Bronchitis

Sonstiges

Leber

Entzündung – Hepatitis

Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Sonstiges



Galle

Fettunverträglichkeit Druck im Oberbauch Steine Koliken

Operationen

Sonstiges

Magen

Gastritis Völlegefühl Sodbrennen
Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien

Sonstiges

Darm

Blinddarmoperation Hämorrhoiden Infektionen Pilze

Blähungen Geruch

Sonstiges

Stuhlgang

Täglich Unregelmäßig Ca. jeden 2./ 3./ 4./ Tag

Riecht nach

Neigung zu Verstopfungen Neigung zum Durchfall

Stuhl hell Stuhl dunkel Übel riechend Pastenartig
Knollig Weich Schmierig

Gefühl nicht fertig zu werden Stuhlgang wechselhaft
Brauche viel Papier/Toilettenbürste

Sonstiges

Niere/Blase

Nierensteine Reizblase Häufige Entzündungen

Stechen im Rücken Rechts Links

Sonstiges



Harn

häufig
hell
schaumig

wenig
dunkel
kann nicht halten

viel
Geruch nach?

Sonstiges

Arme

Kalte Hände
Verletzungen
Sonstiges

Schmerzen

Kribbeln

Tennisellbogen

Beine

Kalte Füße
Kribbeln
Offene Wunden
Verletzungen
Sonstiges

Operationen
Schmerzen

Krampfadern/Besenreiser
Taubheitsgefühl

Rücken

Verspannungen
Schmerzen
HWS
Sonstiges

Osteoporose

Ischias

Skoliose

BWS

LWS

Bandscheibenvorfall

Haut/Nägel

Hautjucken
Geschwüre
Nagelbettentzündungen

Warzen
Ekzeme

Leberflecken/Muttermale
Pilze

Hautallergien auf (z.B. Creme, Shampoo etc.)
.....

Sonstiges



Gynäkologie

Ausfluss

keinen

stark

weiß

gelb

übel riechend

Schmerzen

Ausschabung

Eierstockentzündungen

Fehlgeburten

Geburten

Kaiserschnitt

PDA

Wann?

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

Regelblutung

Wann war die erste Periode?

Wann die letzte Periode?

Zykluslänge?

Blutungen sind

hell

dunkel

klumpig

braun

Sonstiges

Regelblutung ist

stark

schwach

ausbleibend

dauert wie lange?

regelmäßig

unregelmäßig

Beschwerden

vor

nach

während der Regel

Welche?

Zwischenblutungen?

Ja

Nein

Klimakterische Beschwerden

Hitzewallungen und Herzrasen

Schlafstörungen

Depressive Verstimmungen

Trockenheit und Infektionen der Scheide

Sonstiges

Verhütungsmittel

Welche

Seit wann



Prostata

Entzündungen
häufiges Wasserlassen

vergrößert

Beschwerden beim Wasserlassen

Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?

Allgemeines Befinden

Müdigkeit
öfter gereizt

schnelle Erschöpfung

wenig Belastungsfähig

Schlaf

Schlaflosigkeit
Unruhe in den Beinen

Nachtschweiß
Schwierigkeiten beim Einschlafen

Zähneknirschen

Häufiges nächtliches Erwachen (UhrzeitUhr)

Schlafdauer

Schlafmittel

Träume

Gegen Morgen

Keine

Schön

Realitätsnah

Alpträume

Treiben Sie Sport?

Ja

Nein

Sportarten

.....

Wie häufig?

Ernährung

Appetit auf

salzig

pikant

Fleisch

sauer

süß

Heißhunger auf

Nahrungsmittelallergien

Laktose

Fruktose

Gluten Unverträglichkeit

Histamin-Unverträglichkeit

Sonstiges



Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (vegetarisch, vegan, ...)?

Nein

Ja

Welche?

.....

Was essen Sie?

Morgens

.....

Mittags

.....

Abends

.....

Wie ist Ihr Appetit?

.....

Essen Sie regelmäßig?

Ja

Nein

Größe

.....

Gewicht

.....

Gewichtsentwicklung

Zunehmend

Abnehmend

Gleichbleibend

Trinken

Wieviel trinken Sie am Tag? Liter

Was trinken Sie?

.....

.....

.....

Genussmittel

Rauchen Sie?

Nein

Ja

Seit wann

.....

Wie viele Zigaretten am Tag

.....

Wann damit aufgehört

.....

Trinken Sie Alkohol?

Nein

Ja

Wie häufig

.....

Was für Alkohol

.....



Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige körperliche Verfassung?

(1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

.....

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung?

(1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

.....

Sind Sie zufrieden?

Ja Nein

Berufliche Situation

Ehe-/Partnerschaft

Finanzielle Situation

Nennen Sie Ihre drei wichtigsten Ziele für die Behandlung.

.....

.....

.....