



Anamnesebogen für Erwachsene

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus und schicken mir diesen ausgefüllt vor Ihrem ersten Besuch zu oder bringen diesen bei der ersten Behandlung mit. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Körpergröße/Gewicht: _____ cm _____ kg

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe (falls bekannt): A B AB 0

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

Ernährung



Wie viel Liter trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süßigkeiten Weismehlprodukte Kuchen Eier Zucker Zuckerersatzstoffe

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

Süßes Saueres Pikantes Bitteres Salziges Scharfes Fleisch Eiern Obst Nikotin Alkohol

Bestehen Nahrungsmittelallergien gegen:

Oder andere Allergien:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wären Sie allenfalls bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu optimieren? Ja Nein

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf Zähneknirschen Unruhe in den Beinen heiße Füße

Schwierigkeiten beim Einschlafen Nachtschweiss lebhaftere Träume

häufiges Erwachen – um wie viel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen wie oft? _____

Schlafelage: Bauch Rücken links rechts sitzend kniend zusammengerollt

Schlafdauer: _____



Übliche Bettgezeit: _____

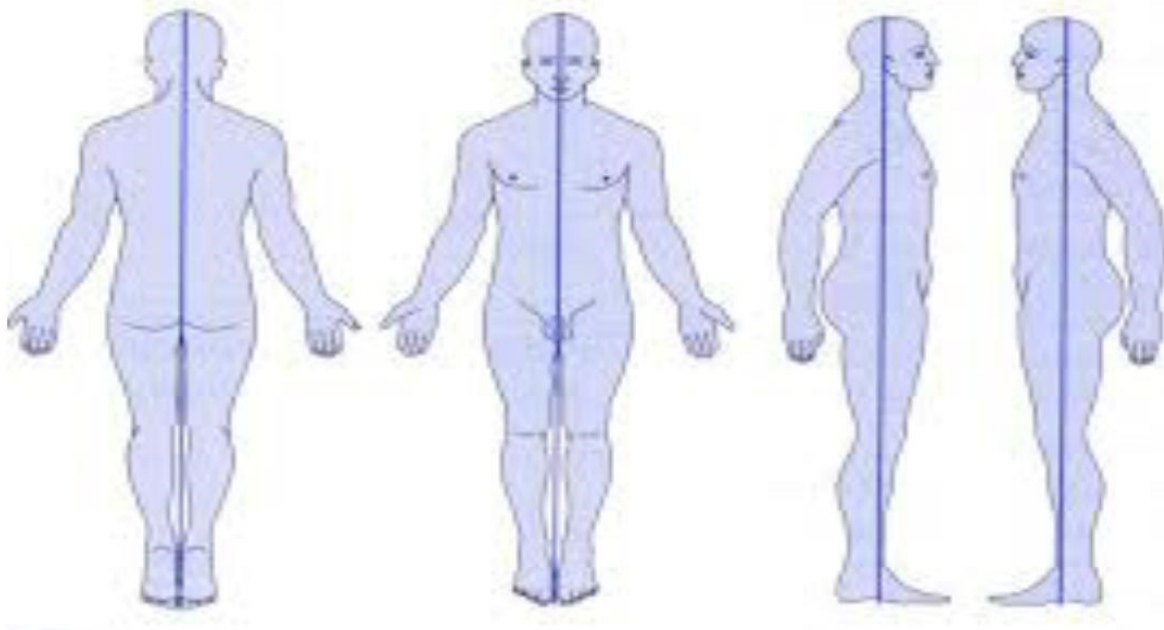
Übliche Aufstehzeit: _____

Medikamenteneinnahme und eingenommene Nahrungsergänzungsmittel

Schmerzbefragung

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

Kreuz = punktförmiger Schmerz; Linie = unklare Schmerzlokalisierung; Pfeil = ausstrahlender Schmerz



Meine Schmerzskala liegt bei: 0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10

Seit wann haben Sie die Schmerzen & wie oft? _____

immer mehrmals täglich alle paar Tage wöchentlich seltener