



Lea Mischendahl-Al Saadi | Heilpraktikerin
GANZHEITLICHE URSACHENMEDIZIN
orthomolekulare & mitochondriale Therapie

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine ganzheitliche Ursachenmedizin ist eine gründliche Anamnese von großer Bedeutung. Damit wir gemeinsam die möglichen Ursachen Ihrer Beschwerden herausfinden können, möchte ich Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und den Anamnesebogen in Ruhe und möglichst präzise auszufüllen. Um mich bestmöglich auf unseren Termin vorbereiten zu können, senden Sie mir bitte den ausgefüllten Anamnesebogen sowie bereits vorhandene Vorbefunde (Laboreergebnisse, Arztbriefe, etc.) spätestens eine Woche vor Ihrem Termin per Mail an hp@ganzheitliche-ursachenmedizin.de zu.

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Familienstand:

Beruf:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer(n):

E-Mail:

Körpergröße in cm:

Gewicht in kg:

Blutgruppe (falls bekannt):

Krankenversicherung:

gesetzlich privat Beihilfe

Heilpraktiker-Zusatzversicherung

Freie Schilderung Ihrer Beschwerden

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Symptome nach Wichtigkeit und seit wann und ggf. wodurch beeinflusst diese auftreten:

Was erhoffen Sie sich von Ihrer Behandlung bei mir?

Krankenvorgeschichte

Bestehen bekannte Vorerkrankungen?

Fanden in der Vergangenheit Operationen, Krankenhausaufenthalte oder Rehamaßnahmen statt? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Sind Infektionskrankheiten bekannt?
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Welche Erkrankungen traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf?

War Ihre Mutter während Schwangerschaft oder Geburt besonderem Stress ausgesetzt?

Ja

Nein

Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde?

Ja

Nein

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Ja

Nein

Sind Sie am Arbeitsplatz oder familiär besonderen Belastungen ausgesetzt?

Ja

Nein

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Allgemeine Lebensführung

Wie ernähren Sie sich (Mischkost, vegan, vegetarisch)?

Wie hoch ist Ihre tägliche Trinkmenge und was trinken Sie hauptsächlich?

Betreiben Sie Sport? Wenn ja, in welchem Umfang?

Ja

Nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja

Nein

Wenn ja, wie oft, wie viel und welche Sorte?

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viele Zigaretten täglich?

Ja

Nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel an Gewicht verloren?

Ja

Nein

Falls ja, wie viel kg in welchem Zeitraum?

Haben Sie in letzter Zeit auffallen viel an Gewicht zugenommen? Falls ja, wie viel kg in welchem Zeitraum? Ja Nein

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen? Ja Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam? Ja Nein

Haben Sie im Moment große Sorgen? Ja Nein

Sind Sie nervös oder innerlich unruhig? Ja Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen? Ja Nein

Haben Sie Antriebsschwierigkeiten? Ja Nein

Fühlen Sie sich häufig über ein normales Maß hinaus erschöpft? Ja Nein

Leiden Sie unter Gedächtnisstörungen? Ja Nein

Haben Sie auffallend viel Durst? Ja Nein

Haben Sie öfter Fieber oder erhöhte Temperatur? Ja Nein

Allergien

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche? Ja Nein

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein

Besteht eine Pollenallergie? Ja Nein

Besteht eine Hausstauballergie? Ja Nein

Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel? Ja Nein

Haben Sie öfter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein

Kam es in der Vergangenheit zu Ohnmachtsanfällen oder epileptischen Anfällen? Ja Nein

Haben Sie Augenprobleme? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Haben Sie Probleme mit dem Hören? Ja Nein
- Bestehen Ohrenscherzen? Ja Nein
- Haben Sie häufig Schnupfen? Ja Nein
- Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? Ja Nein
- Leiden Sie häufig unter Nasenbluten? Ja Nein
- Leiden Sie unter Haarausfall? Ja Nein

Zähne & Kiefer

- Haben Sie aktuell Zahnbeschwerden? Wenn ja, wo und welche? Ja Nein

Welche Zahnbehandlungen wurde schon durchgeführt und wo?

- Haben Sie Brücken, Implantate oder Füllungen?
Wenn ja, aus welchem Material bestehen diese? Ja Nein

- Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen? Ja Nein

- Wenn ja, wurden diese fachgerecht entfernt? Ja Nein

- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?
Wenn ja, wie viele? Ja Nein

- Bestehen Kieferbeschwerden? Wenn ja, welche? Ja Nein

Halsbereich

- Haben Sie chronische Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden? Ja Nein

- Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals? Ja Nein

- Haben Sie eine vergrößerte Schilddrüse? Ja Nein

- Sind Ihre Gaumenmandeln vergrößert? Ja Nein

- Wurden Ihre Gaumenmandeln entfernt? Ja Nein

Leiden Sie unter Heiserkeit? Ja Nein

Sind Ihre Halslymphknoten (oder andere Lymphknoten) empfindlich oder schmerzhaft? Ja Nein

Brustbereich

Leiden Sie unter Husten? Wenn ja, wie lange schon? Ja Nein

Gibt es Auswurf? Wenn ja, wie ist er beschaffen? Ja Nein

Leiden Sie unter Atemnot oder Asthma? Ja Nein

Besteht ein Druckgefühl auf der Brust oder Schmerzen in der Herzgegend? Ja Nein

Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern? Ja Nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Ja Nein

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden vor oder nach dem Essen? Ja Nein

Werden rohe, fette oder scharfe Speisen nicht vertragen?
Wenn ja, welchen Speisen genau? Ja Nein

Verspüren Sie eine Abneigung gegen Fleisch? Ja Nein

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? Ja Nein

Leiden Sie unter Sodbrennen? Ja Nein

Haben Sie Verdauungsbeschwerden
(z.B. Durchfall, Verstopfung oder Blähungen)? Wenn ja, welche? Ja Nein

Sind Ihnen Veränderungen in der Menge, Beschaffenheit oder Farbe
des Stuhls aufgefallen? Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Blut oder Schleim im Stuhl bemerkt? Ja Nein

Arme & Hände

- Haben Sie steife, schmerzende oder geschwollene Gelenke?
Wenn ja, wo und wie stark? Ja Nein
- Schlafen Ihnen nachts die Hände ein? Ja Nein
- Bestehen Durchblutungsstörungen der Hände? Ja Nein
- Haben Sie Gefühlsstörungen oder Schmerzen in Armen oder Händen? Ja Nein
- Besteht häufig das Gefühl von Muskelschmerzen oder -schwäche? Ja Nein
- Haben Sie brüchige Nägel oder bestehen Nagelveränderungen? Ja Nein

Beine & Füße

- Leiden Sie unter Krampfadern? Ja Nein
- Treten manchmal nachts Wadenkrämpfe auf? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen oder Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen? Ja Nein
- Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Strecke stehen bleiben? Ja Nein
- Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? Ja Nein

Sexualanamnese

- Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden? Ja Nein
- Leiden Sie unter einem Verlust der Libido oder Potenzstörungen? Ja Nein
- Gab es ein sexuelles Trauma in der Vergangenheit? Ja Nein
- Bestehen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?
Wenn ja, wo genau, seit wann und wie oft? Ja Nein

Harn- & Geschlechtsorgane

- Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? Ja Nein
- Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein
- Treten häufig Blasenentzündungen auf? Ja Nein
- Sind Ihnen Veränderung der Harnmenge oder -farbe aufgefallen? Ja Nein

- Haben Sie Blut im Urin festgestellt? Ja Nein
- Haben Sie Schwierigkeiten, den Urin willentlich zurückzuhalten? Ja Nein
- Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? Ja Nein
- Müssen Sie nachts häufig aufstehen, um Wasser zu lassen? Ja Nein
- Tritt ein Sekret aus der Harnröhre? Ja Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau

- Verwenden Sie Verhütungsmittel? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Besteht aktuell eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Monat?
- Wie viele Schwangerschaften bestanden insgesamt?
- Wie viele Geburten gab es insgesamt?
- Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf? Wenn ja, welche? Ja Nein

- In welchem Alter trat die erste Periodenblutung auf?
- In welchem Alter trat die letzte Periodenblutung auf?
- Wie lang ist Ihr Zyklus?
- Wie stark sind die Regelblutungen (schwach, normal, stark)?

- Bestehen Beschwerden in Zusammenhang mit der Periode? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Besteht Ausfluss? Wenn ja, welche Farbe und Beschaffenheit hat dieser? Ja Nein
- Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? Wenn ja, welche? Ja Nein

Haut

- Liegen Hauterkrankungen (z.B. Akne, Neurodermitis, Psoriasis, Rosazea, Ekzeme o.A.) bei Ihnen vor? Wenn ja, welche und seit wann? Ja Nein

Liegen Hautveränderungen (z.B. Warzen, Herpesbläschen, Altersflecken etc.) vor? Wenn ja, welche und wo?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Juckreiz?

Ja

Nein

Treten schnell blaue Flecken auf?

Ja

Nein

Heilen Hautwunden bei Ihnen schlecht?

Ja

Nein

Leiden Sie unter trockener Haut?

Ja

Nein

Medikamentenanamnese

Welche **Medikamente** und **Nahrungsergänzungsmittel** (Vitamine, Mineralien, Probiotika etc.) werden aktuell eingenommen? Bitte geben Sie den Handelsnamen, den Wirkstoff, die Stärke und die Tagesdosis für jedes Präparat an.

Name und Wirkstoff des Präparats	Dosierung mg / ml	Einnahmezeitpunkt und -menge

Möchten Sie sonst noch etwas gerne erwähnen?