

ANAMNESEBOGEN

PATIENTENDATEN

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht: m w d

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Familienstand:

1. HAUPTBESCHWERDE & SYMPTOME

1.1 Aktuelle Hauptbeschwerden

Seit wann bestehen die Beschwerden? Tage Wochen Monate Jahre

Symptomintensität (1-10): Aktuell: _____ Im schlimmsten Fall: _____

1.2 Systemische Symptome (Bitte ankreuzen, falls zutreffend)

Energielevel & Schlaf

- Chronische Müdigkeit/Erschöpfung
- Energietiefs am Nachmittag
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Häufiges nächtliches Erwachen
- Unruhiger Schlaf/nicht erholsam
- Schnarchen/Atenaussetzer

Verdauungssystem

- Blähungen/Völlegefühl
- Bauchschmerzen/Krämpfe
- Durchfall
- Verstopfung
- Wechsel zwischen Durchfall/Verstopfung
- Sodbrennen/Reflux
- Übelkeit
- Starke Heißhungerattacken

Immunsystem & Entzündung

- Häufige Infekte
- Allergien (Nahrung/Umwelt)
- Autoimmunerkrankungen
- Hautprobleme (Ekzeme, Akne, Psoriasis)
- Gelenkschmerzen/Steifigkeit
- Muskelschmerzen
- Kopfschmerzen/Migräne

Hormonelles System

- Gewichtszunahme/-abnahme ohne erkennbaren Grund
- Schwierigkeiten beim Abnehmen
- Kälte-/Wärmeunverträglichkeit
- Haarausfall
- Trockene Haut/Haare
- Libidoverlust
- PMS/Menstruationsprobleme
- Wechseljahresbeschwerden

Neurologisches & Psychisches

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gedächtnisprobleme
- "Brain Fog" (Benommenheit)
- Stimmungsschwankungen
- Depressive Verstimmungen
- Angst/Panikattacken
- Reizbarkeit
- Nervosität/Unruhe

Herz-Kreislauf

- Herzklopfen/Herzrasen
- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Schwindel
- Kalte Hände/Füße

2. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

2.1 Diagnosen & Erkrankungen

Bekannte Diagnosen:

Operationen (mit Jahr):

Krankenhausaufenthalte:

2.2 Aktuelle Medikation

Verschreibungspflichtige Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine (Bitte Hersteller mit Angeben):

Naturheilmittel/Kräuter:

Impfungen:

2.3 Allergien & Unverträglichkeiten

Medikamentenallergien:

Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten:

Umweltallergien:

3. FAMILIENANAMNESE

3.1 Erbliche Belastungen (Eltern, Geschwister, Großeltern)

- Diabetes Typ 1/2
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebs (welcher?): _____
- Autoimmunerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Depressionen/psychiatrische Erkrankungen
- Alzheimer/Demenz
- Osteoporose
- Allergien/Asthma

Weitere familiäre Erkrankungen/Anmerkungen:

4. LEBENSSTIL & UMWELT

4.1 Ernährung

Beschreiben Sie Ihre typische Ernährung:

Mahlzeitenhäufigkeit: 1-2x täglich 3x täglich >3x täglich unregelmäßig

2 Tage Mahlzeiten notieren:

Besondere Ernährungsformen:

- Vegetarisch Vegan Paleo Keto Glutenfrei Laktosefrei
- Andere: _____

Flüssigkeitsaufnahme pro Tag:

Wasser: _____L Kaffee: _____Tassen Alkohol: _____Gläser/Woche

Problematische Gewohnheiten:

- Rauchen (_____ Zigaretten/Tag)
- Übermäßiger Zuckerkonsum
- Fast Food/Fertiggerichte häufig
- Essen bei Stress/Emotionen

4.2 Bewegung & Aktivität

Sportliche Aktivität: Keine 1-2x/Woche 3-4x/Woche Täglich

Art der Bewegung:

Berufliche Tätigkeit: Überwiegend sitzend Überwiegend stehend Körperlich anstrengend

4.3 Stress & Psychosoziales

Aktueller Stresslevel (1-10): _____
 Hauptstressquellen: Beruf Familie Finanzen Gesundheit Beziehungen
 Andere: _____
 Stressbewältigung: Sport Meditation Yoga Hobbys Soziale Kontakte
 Keine bewusste Bewältigung
 Schlafgewohnheiten: Zu Bett gehen: _____ Aufstehen: _____ Schlafdauer: _____h

4.4 Umweltfaktoren

Wohnsituation: Stadt Land Neubau Altbau Schimmelprobleme bekannt
 Berufliche Exposition: Chemikalien Staub Lärm Bildschirmarbeit >6h/Tag
 Zahnmedizin: Amalgamfüllungen Wurzelbehandlungen Implantate Häufige Zahnprobleme
 Auto: neu

5. FRAUENGESUNDHEIT (falls zutreffend)

5.1 Menstruationszyklus

Zykluslänge: _____ Tage Regelmäßigkeit: Regelmäßig Unregelmäßig
 Menstruationsbeschwerden: Starke Schmerzen Starke Blutung PMS Stimmungsschwankungen
 Hormonelle Verhütung: Pille Spirale Andere: _____

5.2 Schwangerschaften

Anzahl Schwangerschaften: _____ Geburten: _____ Fehlgeburten: _____
 Schwangerschaftskomplikationen:

Wechseljahre: Vor In Nach den Wechseljahren

6. LABORWERTE & UNTERSUCHUNGEN

6.1 Letzte Laboruntersuchungen (falls vorhanden bitte mit einreichen oder notieren)

Datum der letzten Blutuntersuchung: _____
 Auffällige Werte:

6.2 Untersuchungen

- Darmgesundheit/Mikrobiom
- Nährstoffstatus
- Schilddrüsenfunktion (komplett)
- Entzündungsmarker
- Hormonstatus

- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Schwermetallbelastung
- Genetische Tests

7. ERWARTUNGEN

7.2 Bereitschaft zur Veränderung

Wie bereit sind Sie, Ihren Lebensstil zu ändern? (1-10): _____

Bereiche, in denen Sie Veränderungen vornehmen könnten:

- Ernährung Bewegung Stressmanagement Schlafgewohnheiten
- Nahrungsergänzung Umweltfaktoren

8. ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Gibt es etwas Wichtiges, das Sie noch erwähnen möchten?

Haben Sie bereits alternative/komplementäre Therapien ausprobiert?

Datum: _____

Unterschrift Patient:

Unterschrift Therapeut:

Dieser Anamnesebogen dient der ganzheitlichen Erfassung Ihrer Gesundheitssituation im Sinne der funktionellen Medizin.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich therapeutischen Zwecken.