



KATRIN KAMINSKI

ANAMNESEBOGEN

Persönliche Daten

Name:

Geburtstag:

Vorname:

Telefon:

Strasse:

Beruf:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Versicherung:

Was führt Sie zu mir, was ist Ihr Ziel?

Vorgeschichte

Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Welche Krankheiten haben Sie bereits gehabt?

Welche Krankheiten sind Ihnen in ihrer Familie bekannt?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie gehabt? (z.B. Kinderkrankheiten)

Gibt es Allergien? (z.B. Nahrungsmittel, Pollen)

Wie ist Ihre Lebenssituation? (Beruflich? Privat? Stress?)



- KOPF** Leiden Sie unter Kopfschmerzen? (Wenn ja, bitte beschreiben.)
- Augen** Kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula Degeneration usw.?
- Ohren** Tinitus usw.?
- Zähne** Gibt es tote Zähne? Füllungen?
- Nase** Häufig Nasennebenhöhlenentzündungen? Operationen?
Behinderte Nasenatmung?
- Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung?

BRUST – BAUCH

- Herz** Beschwerden, Blutdruck, Rhythmusstörungen usw.?
- Lunge** Häufige Bronchitis, Asthma?
- Leber** Entzündung, Hepatitis?
- Galle** Steine, Koliken, Druck im Oberbauch?
- Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit?
- Darm** Infektionen, Blähungen, Verstopfung?
- Stuhlgang** Täglich, jeden 2. Tag, Konsistenz, Geruch?



ARME – BEINE – RÜCKEN

Arme Verletzungen, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Kribbeln usw.?

Beine Verletzungen, Krampfadern, Ödeme, Missempfindungen?

Rücken Beweglichkeit, Schmerzen, Verspannungen?

Haut Ekzeme, Verbrennungen, Pilze, Jucken?

Narben Operationsnarben?

GYNÄKOLOGISCHER BEREICH

Gynäkologie Geburten, Myome, Eierstockentzündungen?

Mensis Wann war die erste/letzte Regel?

Regelblutung stark oder schwach?

Beschwerden vor, nach und während der Regel?

Wechseljahresbeschwerden?

Verhütungsmittel?

Niere/Blase Nierensteine? Entzündung? Blasenschwäche?

Harn Viel, wenig, häufig? Auffälligkeiten?

Prostata Entzündung, Probleme beim Wasserlassen?



ALLGEMEINES

Blutgruppe:

Körpergröße:

Gewicht:

Trinken Sie Alkohol?

Rauchen Sie?

Blutdruck:

Schlaf

Schlaflosigkeit? Häufiges Erwachen? Wann?

Schwierigkeiten beim Einschlafen?

Elektronische Geräte im Schlafzimmer?

Unruhe in den Beinen? Nachtschweiß?

Vitalität

Fühlen Sie sich vital und fit?

Ernährung

Verlangen? Nach Süßem, Salzigem, bestimmten Speisen?

Abneigungen?

Nahrungsmittelenverträglichkeiten?

Frühstück: was?

Mittag: was?

Abendessen: was?

Was und wie viel trinken Sie am Tag?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Sie kommen als Patient in eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Für Sie ein Termin reserviert ist. Falls Sie den Termin nicht einhalten können, bitte ich Sie, **24 Stunden vorher** abzusagen. Ansonsten muss ich Ihnen die Behandlungszeit auch ohne Ihr Erscheinen in Rechnung stellen.

Ort, Datum

Unterschrift