

Anamnesebogen

Datum: _____

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
E-Mail-Adresse	Telefonnummer / Mobilnummer
Familienstand	Kinder
Beruf	
Versicherung / Zusatzversicherung	
Hausarzt	

Bitte bringen Sie Folgendes mit:

- Alle ärztlichen Befunde des letzten Jahres
- Alle Medikamente, Cremes und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie zurzeit einnehmen bzw. auftragen
- Impfausweis

Wie sind Sie auf mich (Levke Salzwedel) aufmerksam geworden?

Allgemein

Welches ist Ihre Hauptbeschwerde und warum stört sie Sie? Seit wann besteht die Beschwerde? Was möchten Sie durch die Behandlung verändern? Was ist Ihr Ziel?

Auf einer Skala von 0 bis 10, wo würden Sie aktuell Ihre Beschwerden einordnen?

Bitte ankreuzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 = keine Beschwerden, 10 = unaushaltbare Beschwerden

Wodurch werden die Beschwerden besser? Wodurch werden die Beschwerden schlechter?

Anamnesebogen

Gibt es noch zusätzliche Begleiterscheinungen wie Fieber, Durchfall, Erbrechen, Kopf- und Gliederschmerzen, Leistungsknick, Gewichtsverlust, Nachtschweiß oder allgemeines Krankheitsgefühl?

Was haben Sie bis jetzt gegen Ihre Beschwerden unternommen? Waren Sie beim Arzt? Nehmen Sie vom Arzt verschriebene Medikamente? Haben Sie selber für sich gesundheitsförderliche Maßnahmen oder Mittel entdeckt?

Was erwarten Sie von einer naturheilkundlichen Therapie und insbesondere von den Ernährungshinweisen?

Ist Ihnen bewusst, dass eine ganzheitlich-naturheilkundliche Therapie IMMER mit einer Ernährungsoptimierung einhergeht und Ihnen empfohlen wird, Ihre bisherigen Ernährungsgewohnheiten (zunächst einmal für eine gewisse Zeit) zu ändern?

Ist Ihnen bewusst, dass eine ganzheitlich-naturheilkundliche Therapie von Beschwerden, die schon länger andauern bzw. chronisch sind, zwischen ein und zwei Jahren dauern kann?

Anamnesebogen

Zu Ihrer Person

Konstitutionstyp (vom Therapeuten auszufüllen)

Puls (vom Therapeuten auszufüllen)

RR (vom Therapeuten auszufüllen)

SI (vom Therapeuten auszufüllen)

Größe

Körpergewicht

Wurden Sie gestillt, und wie lange? (Fragen Sie Ihre Mutter)

Waren Sie als Kind anfällig für Infektionen?

Wurden Ihnen die Tonsillen (Gaumenmandeln oder Rachenmandel) entfernt? Oder hatten Sie eine Blinddarmoperation?

Hatten Sie als Kind Ekzeme, sonstige Hautprobleme oder Allergien?

Hatten Sie als Kind Ekzeme, sonstige Hautprobleme oder Allergien? (Weitere Zeile)

Ernährungsfragen

Wieviel, wann und was trinken Sie täglich?

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht ertragen – oder besonders lieben?

Befolgen Sie irgendeine Diät? Hat man Sie schon einmal informiert über gesunde Ernährung?

Fühlen Sie sich nach den Mahlzeiten oft sehr müde?

Haben Sie oft intensive Hungerattacken, so dass Sie einfach etwas essen müssen?

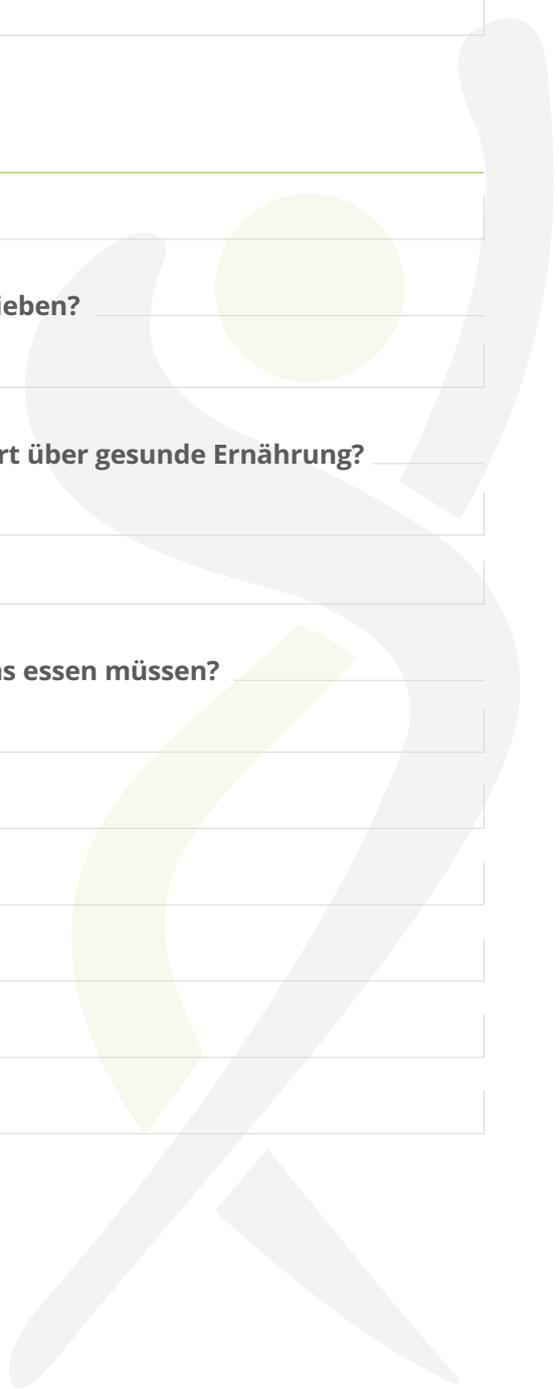
Ist Ihr Stuhlgang regelmäßig, und wie ist er?

Rauchen Sie? (Anzahl der Zigaretten pro Tag)

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Haben Sie derzeit Stress?

Schlafen Sie gut? Schnarchen Sie?



Anamnesebogen

Nur von Patientinnen auszufüllen

Anzahl Schwangerschaften

Anzahl der Geburten

Welches Verhütungsmittel verwenden Sie?

Ist die Monatsblutung regelmäßig? Unregelmäßig? Schmerzhaft?

Krankheitsgeschichte

Hatten Sie schon antibiotische Behandlungen und warum?

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen oder wurzelbehandelte Zähne

Haben Sie sonstige chronische Krankheiten oder Beschwerden?

(z.B. Rheuma, Asthma, Herzinfarkt, Krampfadern, Tumorgeschehen, Migräne)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

(z.B. Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Röteln, Windpocken)

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Diabetes, Herzkrankheiten, Migräne, Neurodermitis, Tbc, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Depression, Demenz, Krebs, Allergien, Hepatitis)

Mussten Sie sich Operationen unterziehen? Wenn ja, welche und wann?

(z.B. Bauch-OP, Hüft-OP, Zahn-OP, in der Kindheit: Mandel- oder Polypen-OP)

Anamnesebogen

Liegen Allergien oder Unverträglichkeiten vor?

(z.B. gegen Nahrungsmittel oder Pollen)

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Und gab es Reaktionen darauf?

(z.B. Cholera, Diphtherie, Hepatitis, Tetanus, Corona, Grippe, HPV, etc.)

Wovor haben Sie am ehesten Angst?

Was halten Sie selbst für die Ursache Ihres Leidens?

Haben Sie sonstige Beschwerden? Dann unterstreichen Sie Zutreffendes:

- | | |
|---------------------|--|
| Schilddrüse: | Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Operation |
| Prostata: | vergrößert - Entzündungen - Beschwerden beim Wasserlassen |
| Niere/Blase: | Nierensteine - Entzündungen (häufig) |
| Harn: | viel - wenig - häufig - kann nicht halten - Geruch nach - Blut im Urin |
| Herz: | Beschwerden - Stechen - Druckgefühl - Infarkt - Beklemmung - Rhythmusstörungen |
| Lunge: | Bronchitis - häufig Husten - Heiserkeit - Auswurf - Atembeschwerden |
| Haut: | Ödeme - Hautjucken - Ausschläge |
| Kopf: | Kopfschmerzen (häufig) - Schwindel - Tinnitus - Zahnprobleme |
| Magen/Darm: | Schluckbeschwerden - Übelkeit - Sodbrennen |

Platz für sonstige Fragen und Anmerkungen:

