



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden **Anamnesebogen** wahrheitsgemäß auszufüllen und zu unterschreiben.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**eMail:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Allergie?**  Nein  Ja

Wenn ja, auf was reagieren Sie allergisch? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente?**  Nein  Ja

Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?**  Nein  Ja

Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  Nein  Ja

Wenn ja, wie äußern sich diese? \_\_\_\_\_

**Müssen Sie nachts zur Toilette?**  Nein  Ja

Wenn ja, wie oft und wann? \_\_\_\_\_

**Wie geht es Ihren Verdauungsorganen?**

Bestehen Magenschmerzen, Sodbrennen, Reizdarm, ...? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter einer Autoimmunerkrankung?**  Nein  Ja

Wenn ja, unter welcher und seit wann? \_\_\_\_\_



Beschreiben Sie so gut es geht Ihre **Iris** - die Farbe (auch Farbabstufungen!), zeigen sich viele kleine Gefäßzeichnungen im Weißen der Augen? Fallen Ihnen dunkle Flecken auf und bei wie viel Uhr zeigen sich diese? Ist die Pupille weit oder eher klein?

---

---

---

---

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krampfleiden / neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Operationen / Unfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_ Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel und wie oft: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?  
 Nein  Ja

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?  
Herzkatheter  Nein  Ja  
Darmspiegelung  Nein  Ja



## Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Zuckerkrankheit / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

## Sozialanamnese

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

gemeinsames Sorgerecht

alleiniges Sorgerecht

Sport:

Nein  Ja

Wenn ja, was und wie oft: \_\_\_\_\_

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

**Sollten Blutergebnisse vorliegen und die Möglichkeit, diese zu fotografieren oder einzuscannen übersenden Sie mir diese Bitte gemeinsam mit dem Anamnesebogen.**

Beratungsgebühr: 84,-€ pro Stunde, Online-Beratungen werden nach Minuten abgerechnet.

Bitte beachten: Diesen Anamnesebogen benötige ich spätestens drei Tage vor unserem Termin ausgefüllt um mir vorab ein Bild über Ihre Angaben machen zu können. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, den vereinbarten Termin einzuhalten, bitte ich um eine Absage mindestens 48 Stunden vor dem Termin. Bei Nichterscheinen wird ein Ausfallhonorar von 80€ berechnet.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!  
Ihre Ellen Weiß