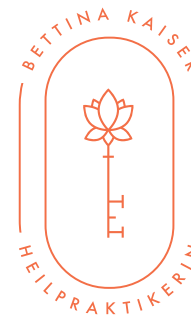


## ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte lesen Sie diese Fragen genau durch und beantworten Sie diese so gut wie möglich. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

### PERSÖNLICHE DATEN

.....  
Name

.....  
Telefon, ggf. mobil

.....  
Vorname

.....  
Festnetz-Telefon

.....  
Geburtsdatum

.....  
Mobil-Telefon

weiblich  männlich  divers

.....  
E-Mail

.....  
Geschlecht

.....  
Private Krankenkasse

.....  
Straße

.....  
Gesetzliche Krankenkasse

.....  
Postleitzahl

Ja  Nein

.....  
Wohnort

.....  
Beihilfeberechtigt

.....  
Beruf

### IM FALLE EINER BETREUUNGSFUNKTION

Sollte für Sie eine Betreuungsfunktion vorliegen, können Sie hier nachfolgend die Kontaktdaten eintragen und entbinden den Behandler von seiner Schweigepflicht gegenüber Betreuer.

.....  
Frühere Berufsausbildung

.....  
Vor- und Zuname des Betreuers

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Freizeit, Sport, Hobby

.....  
PLZ, Wohnort

**BETTINA KAISER** Heilpraktikerin

Panoramaweg 7 T 07941-38 06 66  
74629 Pfedelbach F 07941-38 06 67

Volksbank Heilbronn  
IBAN: DE33 6209 0100 0339 120 002

[praxis@kaiser-heilpraktiker.de](mailto:praxis@kaiser-heilpraktiker.de)  
[www.kaiser-heilpraktiker.de](http://www.kaiser-heilpraktiker.de)

## GESUNDHEIT, BESCHWERDEN

1. Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden?

.....

.....

.....

An welchen Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?  
(Bitte betroffene Partien markieren)

.....

.....

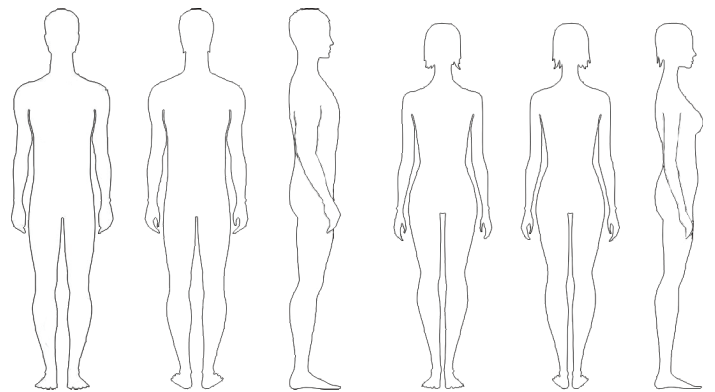
2. Seit wann haben Sie diese? Wie äußern sich diese?

.....

.....

.....

.....



4. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen,...)

5. Hatten Sie folgende Infektionskrankheiten/Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Masern     Mumps     Röteln     Scharlach     Windpocken     Pfeiffersches Drüsenfieber  
 Tuberkulose     Keuchhusten     Salmonellose     Ruhr

6. Welche Operationen hatten Sie bislang? Bitte ankreuzen:

- Blinddarm     Mandeln     Polypen     Gallensteine     Muttermale  
 Wirbelsäule     Knie, Hüfte     Kiefer, Zahn     Sonstige .....

7. Welche Art von Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen     Penicillin     Pollen     Metalle     Tierhaare     Lidocain     Milben  
 Hausstaub     Aspirin     Nahrungsmittel     Sonstige Allergien .....

8. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familienvorgeschichte bekannt? Bitte ankreuzen:

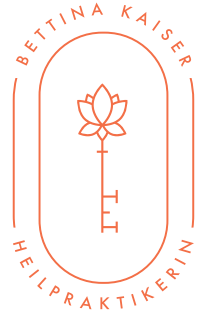
- Bluthochdruck     Herzinfarkt     Erbkrankheiten     Diabetes     Asthma  
 Lungenkrankheiten     Krebs     Neurodermitis     Gicht     Allergien

9. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (auch Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathie)

.....

.....

.....



## ZUR PERSON, GEWOHNHEITEN

### 10. Zu Ihrer Person

Größe	Körpergewicht	Zigaretten: Anzahl p. Tag	Sportart: wie regelmäßig
Impfungen, wofür	Impfungen	Trinken Sie regelmäßig Alkohol/ Menge p.T.	Welche Menge trinken Sie p. Tag
Welche Menge Kaffee p. Tag	Lieblingsspeisen	Nahrungsmittel-Abneigung	Haben Sie derzeit Stress

Wie ist Ihr Schlafverhalten? Schwierig bei:

- Einschlafen                       Durchschlafen                       zu frühes Erwachen                       wenig Träume

### 11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

- Bluthochdruck                       Tumorerkrankungen                       Rheuma                       Depression
- Lebererkrankung                       Diabetes                       Nierenerkrankung                       Asthma
- Gicht                       Schilddrüsenerkrankung                       Magenerkrankung                       Hautkrankheit
- Herzerkrankung                       Gallensteine                       Fettstoffwechselstörung
- Sonstige Erkrankungen (chronisch) .....

### 12. Wie ist Ihre derzeitige Verfassung?

- nervös                       depressiv                       überempfindlich                       traurig
- mangelnde Konzentration                       vergesslich                       Angst/Schuldgefühle                       lustlos
- ohne Selbstvertrauen                       unentschlossen                       ständig grübeln                       ängstlich
- mangelnde Belastbarkeit                       schnelles Schwitzen                       müde und erschöpft

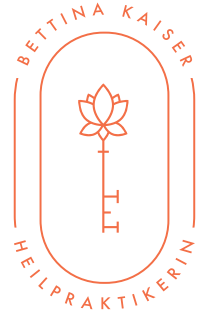
### 13. Zahnstatus

- wurzelbehandelte Zähne                       Weisheitszähne vorhanden                       Implantate                       Amalgamfüllungen
- Goldfüllungen/Brücken                       Inlays                       sonstige Kronen

### 14. Verdauung

- Vollgefühl nach dem Essen                       Sodbrennen                       Gastritis                       Magengeschwür
- vermehrt Blähungen                       vermehrt Aufstoßen                       Verstopfung                       Hämorrhoiden
- Durchfall      Nahrungsmittel/Unverträglich .....      Stuhlgang wie oft am Tag .....

**ZUR PERSON, GEWOHNHEITEN**



.....  
15. Hatten Sie bereit Infektionskrankheiten? z. B. im Urlaub

.....  
16. Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

.....  
17. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Falls ja, welche?

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Platz für Individuelle Informationen