



# Anamnesefragebogen

Persönliche Daten	
Datum	
Name	
Vorname	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Mobil	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Größe	
Gewicht	
Beruf	
Versicherung	



Liebe Patienten,

wenn Sie mich das erste Mal besuchen, nehme ich mir ausgiebig Zeit für ein Erstgespräch. Bitte bringen Sie alle schon vorhandenen Laborbefunde, Arztberichte, Impf- und Allergieausweise, wenn vorhanden, mit. Bitte füllen Sie den Anamnesefragebogen aus und bringen ihn ebenfalls zum Erstgespräch mit.

In diesem Erstgespräch geht es nicht nur um Ihre aktuelle Symptomatik, sondern wir sprechen auch über frühere Erkrankungen und deren Behandlungen.

Kommen Sie bitte nüchtern, d.h. 12 Stunden lang nichts essen. Tee und Wasser können getrunken werden.

Ich freue mich auf Sie!

Ihre

*Annette Gladitsch*



## Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie seit wann? Bitte geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an (10 = sehr stark)

Beschwerden	Seit	Intensität
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen? Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht? Wie war der Erfolg?

Behandlungen	Arzt/Klinik/HP	Erfolg (sehr gut, gut, mäßig, schlecht, sehr schlecht)
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		



Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? (Erkrankungen, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschlag, Zahnamalgamentfernung?)

---

---

---

---

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

---

---

---

---

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

---

---

---

---

Bitte schreiben Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in zeitlicher Abfolge auf.

---

---

---

---

---

---

---

---



- Wurden diese oder andere Erkrankungen mit Antibiotika behandelt?     Ja     Nein
- Haben Sie Narben von Operationen?     Ja     Nein
- Leiden Sie oft an Erkältung?     Ja     Nein
- Ist Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?     Ja     Nein
- Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?     Ja     Nein
- Gibt es Probleme mit engen Räumen? (z.B. Fahrstühle)     Ja     Nein
- Reizbarkeit verstärkt?     Ja     Nein
- Sind Sie müde und erschöpft?     Ja     Nein
- Schwitzen Sie leicht?     Ja     Nein

Wenn ja: Kalter oder warmer Schweiß? \_\_\_\_\_

Wenn ja: An welchem Körperteil? \_\_\_\_\_

Gibt es Nachtschweiß?     Ja     Nein

Bewerten Sie Ihre Konzentration von 1-10 (10=schlecht): \_\_\_\_\_

Bewerten Sie Ihre Müdigkeit von 1-10 (10= sehr stark): \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, wie oft pro Woche und welche Sportart? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie viele Liter Flüssigkeit trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Bitte ankreuzen

Infektionskrankheiten			
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Salmonellen	<input type="checkbox"/> Ruhr	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Gonorrhoe	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten
<input type="checkbox"/> Hepatitis			



Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte ankreuzen und ausfüllen

Infektionskrankheiten						
	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr
<input type="checkbox"/> Tetanus						
<input type="checkbox"/> Diphtherie						
<input type="checkbox"/> Polio						
<input type="checkbox"/> Keuchhusten						
<input type="checkbox"/> Masern						
<input type="checkbox"/> Mumps						
<input type="checkbox"/> Röteln						
<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B						
<input type="checkbox"/> Hib						
<input type="checkbox"/> Pneumokokken						
<input type="checkbox"/> Meningokokken						
<input type="checkbox"/> Grippe/Influenza						
<input type="checkbox"/> Rotaviren						
<input type="checkbox"/> FSME						
<input type="checkbox"/> HPV						

Gab es Reaktionen auf Impfungen? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre Wohnung beschaffen? Bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe	<input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe	<input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse, Seen in der Nähe
<input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung	<input type="checkbox"/> Antiquitäten/Holzschutzmittel	<input type="checkbox"/> Teppichböden
<input type="checkbox"/> Mikrowelle /wie häufig wird sie in der Woche benutzt?		

**Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet? Bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/> Schnurlose Telefone	<input type="checkbox"/> Elektrische Geräte auf Standby	<input type="checkbox"/> Wasserbett
<input type="checkbox"/> Eingebauter elektr. Motor	<input type="checkbox"/> Funkwecker	<input type="checkbox"/> WLAN



**Wie ist Ihr Schlaf? Bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Häufiges Erwachen um wieviel Uhr?	<input type="checkbox"/> Nächtliches Wasserlassen, wie oft?
<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf
<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Heiße Füße	<input type="checkbox"/> Zähneknirschen
<input type="checkbox"/> Lebhaftige Träume		

**Fragen zu bestimmten Körperbereichen / Organen. Bitte ankreuzen**

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Augen/Stirn/Schläfenregion <input type="checkbox"/> halbseitig <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> doppelseitig <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts Auslöser der Schmerzen: _____  Was verbessert? _____  Was verschlechtert? _____
Zähne / Kiefer	<input type="checkbox"/> häufige Zahnarztbesuche <input type="checkbox"/> erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne auf heiß oder kalt <input type="checkbox"/> wurden Amalgamfüllungen entfernt? (Ja/Nein) <input type="checkbox"/> Zahnsanierung? Jahr: _____  Welche Zahnfüllmaterialien haben Sie? <input type="checkbox"/> Amalgam <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Titan <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Keramik



Kopf und Haare	<input type="checkbox"/> große Schuppen <input type="checkbox"/> kleine Schuppen <input type="checkbox"/> Juckreiz auf der Kopfhaut <input type="checkbox"/> Haarausfall kreisrund. Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> Haarausfall vereinzelt. Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> Haarausfall büschelweise. Seit wann: _____
Augen	<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung allergisch <input type="checkbox"/> Brille seit: _____ <input type="checkbox"/> Makuladegeneration <input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung <input type="checkbox"/> trockenes Auge <input type="checkbox"/> tränendes Auge
Ohren	<input type="checkbox"/> Tinnitus. Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> Hörsturz: Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> M. Menière: Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> Juckreiz: Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> Einrisse: Seit wann: _____
Nase	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Allergie auf: _____ <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> Nase nachts verstopft <input type="checkbox"/> häufige Nasennebenhöhlenentzündungen <input type="checkbox"/> wässrige Absonderungen <input type="checkbox"/> eitrige Absonderungen <input type="checkbox"/> schleimige Absonderungen <input type="checkbox"/> grünliche Absonderungen
Mund / Lippen	<input type="checkbox"/> trockene Lippen <input type="checkbox"/> Einrisse <input type="checkbox"/> Herpes Oberlippe <input type="checkbox"/> Herpes Unterlippe <input type="checkbox"/> eitriger Geschmack im Mund <input type="checkbox"/> metallischer Geschmack im Mund <input type="checkbox"/> saurer Geschmack im Mund <input type="checkbox"/> Zunge rissig <input type="checkbox"/> Zunge belegt <input type="checkbox"/> Zunge glänzend <input type="checkbox"/> Zahnabdrücke





Mandeln	<input type="checkbox"/> häufige Mandelentzündungen <input type="checkbox"/> mit Antibiotika behandelt früher <input type="checkbox"/> mit Antibiotika behandelt heute <input type="checkbox"/> Operation. Wann: _____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Vergrößerung <input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Knoten heiß/kalt <input type="checkbox"/> Operation wann und warum _____
Brustdrüsen	<input type="checkbox"/> Beschwerden <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> PMS (prämenstruelles Syndrom)
Herz	<input type="checkbox"/> Beschwerden <input type="checkbox"/> Stechen <input type="checkbox"/> Druckgefühl <input type="checkbox"/> Infarkt wann: _____ <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzrasen <input type="checkbox"/> Bypässe <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Blutdruck erhöht <input type="checkbox"/> Blutdruck erniedrigt
Lunge	<input type="checkbox"/> häufig Bronchitis <input type="checkbox"/> trockener Husten <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Auswurf. Farbe (grün, weiß, gelb, durchsichtig): _____
Leber	<input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Hepatitis akut/chronisch <input type="checkbox"/> heller Stuhl <input type="checkbox"/> toxische Entzündung
Magen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl/Druckgefühl <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Magenbrennen <input type="checkbox"/> Helicobacter-Erkrankung



Darm	<input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation <input type="checkbox"/> Blähungen wie häufig _____ <input type="checkbox"/> Polypen
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> jeden 2. Tag <input type="checkbox"/> Unregelmäßig <input type="checkbox"/> riecht nach _____ <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall
Stuhl Konsistenz	<input type="checkbox"/> hell <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/> übelriechend <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> breiig <input type="checkbox"/> knollig <input type="checkbox"/> dünn <input type="checkbox"/> weich schmierig <input type="checkbox"/> pastenartig <input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht halten <input type="checkbox"/> Gefühl nicht fertig zu werden
Galle	<input type="checkbox"/> Steine <input type="checkbox"/> Koliken <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit
Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Entzündungen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enzymmangel
Niere/Blase	<input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Entzündungen <input type="checkbox"/> viel Harn <input type="checkbox"/> wenig Harn <input type="checkbox"/> häufiger Harndrang <input type="checkbox"/> nachts Harn <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> trüber Harn <input type="checkbox"/> dunkler Harn <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen nach Geschlechtsverkehr



<p>Gynäkologie</p>	<p> <input type="checkbox"/> kein Ausfluss  <input type="checkbox"/> starker Ausfluss  <input type="checkbox"/> weißer Ausfluss  <input type="checkbox"/> gelber Ausfluss  <input type="checkbox"/> wundmachender Ausfluss  <input type="checkbox"/> Ausfluss färbt die Wäsche         </p> <p> <input type="checkbox"/> Schmerzen  <input type="checkbox"/> Eierstockzysten  <input type="checkbox"/> Ausschabungen  <input type="checkbox"/> Fehlgeburten  <input type="checkbox"/> Geburten, Anzahl: _____ Wann: _____  <input type="checkbox"/> Abtreibungen  <input type="checkbox"/> Tumore  <input type="checkbox"/> Zysten  <input type="checkbox"/> Myome  <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten  <input type="checkbox"/> Wann war Ihre erste Mens? _____  <input type="checkbox"/> Wann war Ihre letzte Mens? _____         </p> <p> <input type="checkbox"/> helle Blutungen  <input type="checkbox"/> dunkle Blutungen  <input type="checkbox"/> klumpige Blutungen  <input type="checkbox"/> braune Blutungen  <input type="checkbox"/> regelmäßige Blutungen  <input type="checkbox"/> unregelmäßige Blutungen         </p>
<p>Prostata</p>	<p> <input type="checkbox"/> Prostata vergrößert  <input type="checkbox"/> Prostata Entzündungen  <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen  <input type="checkbox"/> Nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____  <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten         </p>
<p>Sexualität</p>	<p> <input type="checkbox"/> vermindert  <input type="checkbox"/> verstärkt  <input type="checkbox"/> unbefriedigt  <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr         </p>
<p>Rücken</p>	<p> <input type="checkbox"/> Schmerzen wo? _____ seit: _____  <input type="checkbox"/> Hexenschuss  <input type="checkbox"/> Ischiasbeschwerden seit: _____  <input type="checkbox"/> Skoliose  <input type="checkbox"/> Verspannungen Wo: _____  <input type="checkbox"/> Rheuma  <input type="checkbox"/> Fibromyalgie seit: _____         </p>



Arme	<input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Tennisellenbogen <input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheit <input type="checkbox"/> kalte Hände
Beine	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> behandelt? Wie: _____ <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> kalte Füße <input type="checkbox"/> Kribbeln/Taubheit
Haut/Nägel	<input type="checkbox"/> Verbrennungen <input type="checkbox"/> Narben <input type="checkbox"/> Geschwüre <input type="checkbox"/> Hautjucken wo/wann _____ <input type="checkbox"/> Warzen wo? _____ <input type="checkbox"/> Pilze wo? _____ <input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen <input type="checkbox"/> Allergien auf _____ <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> Psoriasis



Sind Sie glücklich?  Ja  Nein

Wenn nein, warum? \_\_\_\_\_

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

Gibt es Ängste/Schuldgefühle/Konflikte? Wenn ja -> genauere Beschreibung: \_\_\_\_\_

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

Haben Sie einen Partner?  Ja  Nein

**Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Partner? Bitte markieren**

sehr gut  gut  mäßig  schlecht

**Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern? Bitte markieren**

sehr gut  gut  mäßig  schlecht

**Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie? Bitte markieren**

<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Epilepsie/Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nieren-/Gallensteine
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		



Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Nahrungsmittel essen Sie? Bitte ankreuzen**

<input type="checkbox"/> Milchprodukte	<input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/> Eier
<input type="checkbox"/> Nüsse	<input type="checkbox"/> Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> Kuchen
<input type="checkbox"/> Zucker		

**Haben Sie Verlangen nach folgenden Nahrungsmitteln? Bitte markieren**

<input type="checkbox"/> Süßes	<input type="checkbox"/> Saures	<input type="checkbox"/> Pikantes
<input type="checkbox"/> Bitteres	<input type="checkbox"/> Salziges	<input type="checkbox"/> Scharfes
<input type="checkbox"/> Fleisch	<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Obst
<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Alkohol	

**Haben Sie Abneigung gegen folgenden Nahrungsmitteln? Bitte markieren**

<input type="checkbox"/> Süßes	<input type="checkbox"/> Saures	<input type="checkbox"/> Pikantes
<input type="checkbox"/> Bitteres	<input type="checkbox"/> Salziges	<input type="checkbox"/> Scharfes
<input type="checkbox"/> Fleisch	<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Obst
<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> Alkohol	

Haben Sie Nahrungsmittelallergien? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Bitte markieren**

<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Vegan	<input type="checkbox"/> Laktosefrei
<input type="checkbox"/> Glutenfrei	<input type="checkbox"/> Fruktosefrei	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Sind Sie bereit, Ihre Essgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?  Ja  Nein

Wurden Sie gestillt?  Ja  Nein

War Ihre Geburt eine natürliche?  Ja  Nein



## Datenschutzerklärung DSGVO zum 25.05.18

### Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz DSGVO

Die in dieser Einwilligung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Email, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Kunden- bzw. Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung der angegebenen Daten zu folgenden Zwecken:

Name, Vorname	
Straße, PLZ, Ort	
Telefon, E-Mail	
Geburtsdatum	

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an.

Ich willige ein, dass meine Daten einschließlich meiner Diagnosen an die Verrechnungsstelle Simplimed, Am Ehrenmal 19, 51588 Nümbrecht übermittelt werden kann. Die Daten werden ausschließlich von der Simplimed verwendet & verarbeitet.

Ich willige ein, dass meine Adressdaten an die erforderlichen Labore gegeben werden dürfen.

Ich willige ein, dass meine Adressdaten an die für die Therapie erforderlichen Firmen wie Tisso, Mito-care, Allvital, Norsan weiter gegeben werden dürfen um für die Therapie wichtige Medikamente zu erhalten.

Ich willige ein, dass meine Daten für 10 Jahre in der Praxis gespeichert werden dürfen.

---

[Ort, Datum] [Unterschrift des Betroffenen]

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber Annette Gladitsch Naturheilpraxis, umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Naturheilpraxis die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.