



Patientenanmeldung / Anamnesebogen

Herzlich Willkommen.

Damit Sie sich bei mir wohlfühlen, würde ich gerne auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse eingehen.

Nachfolgend benötige ich neben Ihren Personalien noch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben meiner beruflichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname:		Beruf:	
Straße:		Telefon:	
PLZ, Ort:		E-Mail:	
Familienstand:	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend
Bei Kindern (Patient) Name / Vorname Mutter oder Vater			

Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert bei	
☐ Zusatzversicherung Heilpraktiker bei	
☐ Privat versichert bei	☐ Beihilfefähig

Bevor wir uns jedoch über Ihre gesundheitlichen Probleme unterhalten, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass die hier angewendeten Diagnose- und Therapieverfahren von der klassischen Lehrmeinung der Schulmedizin zum Teil nicht anerkannt werden. Die Anwendung dieser naturheilkundlichen Methoden basiert jedoch auf langjähriger Erfahrung. **Ich berechne meine Leistungen grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker von 1985 (GebüH 85).** Die Kosten werden nicht von einer gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ich bemühe mich, die Rahmenbedingungen der privaten Krankenversicherungen oder der Beihilfestellen zu berücksichtigen. Eine Zusage, ob und ggf. in welcher Höhe eine Kostenerstattung durch private Versicherer oder Beihilfestellen erfolgt, kann jedoch nicht gegeben werden. Das Heilpraktikerhonorar ist selbstverständlich unabhängig von der Erstattung der privaten Versicherer oder Beihilfestellen zu leisten. Ich bitte um Ihr Verständnis.

Aktuell

Besteht zur Zeit eine Erkältung?	☐ Ja	☐ Nein
Traten in den letzten 4 Wochen Durchfall oder Erbrechen auf?	☐ Ja	☐ Nein
Liegt eine andere Infektion vor?	☐ Ja	☐ Nein

Kurze Schilderung der aktuellen Beschwerden, wegen der Sie die Praxis aufsuchen

Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?
(insbesondere die aktuellen)

Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente? z.B. Blutdruck-, Herzmedikamente, Antibabypille, Psychopharmaka, Antidiabetika, Cortisontabletten (oder Cortisonsalben zur äußeren Anwendung)	☐ Ja	☐ Nein
Wie häufig nehmen Sie pro Jahr Antibiotika ein? Wann das letzte Mal?	☐ Ja	☐ Nein ☐ mehr
Haben Sie in den letzten Wochen gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Schmerzmittel	☐ Ja	☐ Nein
Welche: _____		
Nehmen Sie oder nahmen Sie früher Drogen ein?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmäßig pflanzliche, homöopathische Medikamente?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmäßig Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel ein?	☐ Ja	☐ Nein

Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Kinder, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes, Allergien, Asthma, Krebs, Rheuma, Herzinfarkt, Depressionen, oder andere)	
Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?	

Schlaf

Ist Ihr Schlaf erholsam?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	ca. _____ Minuten
Wachen Sie nachts auf?	☐ Ja ☐ Nein
Fühlen Sie sich morgens erholt?	☐ Ja ☐ Nein
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	ca. _____ Stunden

Stressbelastung

Wie hoch ist Ihre aktuelle Stressbelastung? (0 = gar kein Stress, 10 = sehr hoher Stress)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Allergien

Sind Allergien bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Windpocken | ☐ Scharlach | ☐ Masern | ☐ Mumps |
| ☐ Röteln | ☐ Keuchhusten | ☐ Tetanus | ☐ Tuberkulose |
| ☐ Kinderlähmung (Polio) | ☐ Gonorrhoe (Tripper) | ☐ Syphilis | ☐ Borreliose |
| ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber | ☐ Hepatitis | ☐ COVID-19 / Corona | ☐ Sonstige: _____ |

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diphtherie | ☐ Haemophilus influenzae (Hib) | ☐ COVID-19 / Corona |
| ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ Pneumokokken | ☐ Gürtelrose (Herpes Zoster) |
| ☐ Polio (Kinderlähmung) | ☐ Rotaviren | ☐ Influenza (Grippe) |
| ☐ Tetanus | ☐ Meningokokken | ☐ Reiseimpfungen |
| ☐ Hepatitis A | ☐ FSME | ☐ Sonstige: _____ |
| ☐ Hepatitis B | ☐ HPV (Gebärmutterhalskrebs) | |

Falls Impfausweis vorhanden, bitte Kopie beifügen.

Operationen / Unfälle

Hatten Sie eine(n) oder mehrere Operation(en) oder Unfall(e)?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte Eingriff / Unfall und Jahr bezeichnen.

Was (Eingriff / Unfall)	Wann (Jahr)	Folgen / Beschwerden danach?

Kopfbereich

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

- | | |
|---------------------------------|---|
| Kopfschmerzen / Migräne | ☐ Ja ☐ Nein |
| Schwindel / Benommenheit | ☐ Ja ☐ Nein |
| Sehstörungen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Hörstörungen / Tinnitus | ☐ Ja ☐ Nein |
| Nasennebenhöhlenprobleme | ☐ Ja ☐ Nein |
| Zahn- oder Kieferbeschwerden | ☐ Ja ☐ Nein |
| Nackenschmerzen / Verspannungen | ☐ Ja ☐ Nein |

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Sonstige Anmerkungen zum Kopfbereich:



Halsbereich

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Halsentzündungen / Halsschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Mandeln (vergrößert / häufig entzündet)	☐ Ja	☐ Nein
Heiserkeit / Stimmprobleme	☐ Ja	☐ Nein
Schluckbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Knoten / Schwellungen am Hals	☐ Ja	☐ Nein
Schilddrüsenbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Lunge / Atemwege

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Husten (trocken / produktiv)	☐ Ja	☐ Nein
Asthma / Atemnot	☐ Ja	☐ Nein
Bronchitis	☐ Ja	☐ Nein
Pneumonie / Lungenentzündung	☐ Ja	☐ Nein
Allergische Beschwerden (z. B. Heuschnupfen)	☐ Ja	☐ Nein
Häufige Infekte der Atemwege	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Verdauung

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Sodbrennen / saures Aufstoßen	☐ Ja	☐ Nein
Magenschmerzen / Völlegefühl	☐ Ja	☐ Nein
Übelkeit / Erbrechen	☐ Ja	☐ Nein
Blähungen	☐ Ja	☐ Nein
Verstopfung	☐ Ja	☐ Nein
Durchfall	☐ Ja	☐ Nein
Reizdarm	☐ Ja	☐ Nein
Leber / Galle	☐ Ja	☐ Nein
Bauchspeicheldrüse	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Bewegungsorgane

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Rückenbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Nacken- / Schulterschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Gelenkschmerzen (z. B. Knie, Hüfte, Schulter)	☐ Ja	☐ Nein
Arthrose / Arthritis	☐ Ja	☐ Nein
Verspannungen / Muskelbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Osteoporose	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Harnwege

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Harnwegsinfekte / Blasenentzündungen	☐ Ja	☐ Nein
Nierenbeschwerden / Nierensteine	☐ Ja	☐ Nein
Häufiger Harndrang	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Frauenkunde

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Regelbeschwerden / Schmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Zyklusunregelmäßigkeiten	☐ Ja	☐ Nein
Myome / Zysten	☐ Ja	☐ Nein
Wechseljahresbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Fehlgeburten	☐ Ja	☐ Nein
Abtreibungen	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Männerkunde

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Prostatavergrößerung	☐ Ja	☐ Nein
Erektionsbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Hodenschmerzen / -entzündungen	☐ Ja	☐ Nein
Sonstige: _____		

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?



Herz / Kreislauf

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Bluthochdruck	☐ Ja	☐ Nein
Niedriger Blutdruck	☐ Ja	☐ Nein
Herzrhythmusstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Angina pectoris / Herzschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Herzklopfen / Herzstolpern	☐ Ja	☐ Nein
Durchblutungsstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Krampfadern / Besenreiser	☐ Ja	☐ Nein
Thrombosen / Embolien	☐ Ja	☐ Nein

Sonstige: _____

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Haut / Haare / Nägel

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Akne / unreine Haut	☐ Ja	☐ Nein
Ekzeme / Neurodermitis	☐ Ja	☐ Nein
Schuppenflechte (Psoriasis)	☐ Ja	☐ Nein
Allergische Hautreaktionen / Nesselsucht	☐ Ja	☐ Nein
Pilzinfektionen	☐ Ja	☐ Nein
Haarausfall / dünnes Haar	☐ Ja	☐ Nein
Brüchige Nägel / Nagelveränderungen	☐ Ja	☐ Nein

Sonstige: _____

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Nerven / Psyche

Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden?

Kopfschmerzen / Migräne	☐ Ja	☐ Nein
Schwindel	☐ Ja	☐ Nein
Depressive Verstimmungen	☐ Ja	☐ Nein
Ängste / Panikattacken	☐ Ja	☐ Nein
Schlafstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Konzentrationsstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Gedächtnisstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Burn-out / Erschöpfung	☐ Ja	☐ Nein
Neuralgien	☐ Ja	☐ Nein

Sonstige: _____

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Hormonelles / Stoffwechsel

Schilddrüsenerkrankungen	☐ Ja	☐ Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐ Ja	☐ Nein
Unterzuckerungen	☐ Ja	☐ Nein
Cholesterin erhöht	☐ Ja	☐ Nein
Wechseljahresbeschwerden (Hitzewallungen, u. a.)	☐ Ja	☐ Nein
Nebennierenschwäche / Erschöpfung	☐ Ja	☐ Nein
Osteoporose	☐ Ja	☐ Nein

Sonstige: _____

Hatten Sie in diesem Bereich Unfälle oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Sonstiges

Gibt es noch andere gesundheitliche Beschwerden oder Besonderheiten, die bisher noch nicht erwähnt wurden?

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viel? _____

Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viel? _____

Kaffee / koffeinhaltige Getränke? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viel? _____

Wasser trinken Sie ca. _____ Liter pro Tag.



Schmerzskala

Bitte markieren Sie die Stärke Ihrer Schmerzen
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

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

Wo haben Sie Schmerzen? _____

Wie häufig treten die Schmerzen auf? _____

Was lindert oder verstärkt die Schmerzen?

Schlaf

Schlafen Sie gut? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafprobleme? ☐ Ja ☐ Nein

Fühlen Sie sich morgens erholt? ☐ Ja ☐ Nein

Wachen Sie nachts auf? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? _____

Wie lange brauchen Sie zum Einschlafen?

_____ Minuten

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich

pro Nacht? _____ Stunden

Umweltbelastungen

Sind Sie beruflich oder privat Schadstoffen ausgesetzt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welchen? _____

Wohnen / arbeiten Sie in einer belasteten Umgebung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Belastungen durch:

☐ Elektrosmog (WLAN, Handy, DECT, etc.)

☐ Feinstaub / Abgase

☐ Schimmel / Feuchtigkeit

☐ Chemikalien / Lösungsmittel

☐ Lärm

☐ Erdstrahlen / Wasseradern

☐ Sonstiges: _____

Kinderwunsch

Besteht Kinderwunsch? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Gab es bereits Untersuchungen / Behandlungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es bereits Schwangerschaften? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Gab es Komplikationen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Schicksalsschläge in der Familie oder im Freundeskreis

Gab es in Ihrer Familie oder im engen Freundeskreis
schwere Schicksalsschläge (z. B. Tod, Unfälle, Suizid,
Krankheiten, Trennungen, Missbrauch, Krieg, Flucht ...)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wann?

Lebensenergie

Wie ist Ihre aktuelle Lebensenergie?

Bitte geben Sie Ihren derzeitigen Energielevel in Prozent an.

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 sehr niedrig sehr hoch

Was gibt Ihnen Energie?

Eigene Anmerkungen



Vielen Dank für Ihre ausführlichen Angaben.

Sie helfen mir, Ihre Beschwerden ganzheitlich zu verstehen und Sie bestmöglich zu begleiten.