



www.heilkundezentrum-midgard.de

Heilkundezentrum Midgard
Obernstrasse 14
28195 Bremen
Tel. 0421 43741098

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor einer Therapie nach ganzheitlichen Kriterien erstellen wir eine gründliche Diagnose sowohl auf modern schulmedizinischer als auch traditioneller Basis. Bitte beantworten Sie bitte in Ruhe die folgenden Fragen. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

Aufklärung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO):

Die Angaben sind freiwillig. Die Daten dienen der Findung einer möglichst genauen Diagnose und Behandlung nach naturheilkundlichen Kriterien. Nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht werden die Daten rechtskonform vernichtet (Aktenschredder). Auf Wunsch händigen wir Ihnen die Daten gerne wieder aus.

Ausfüll - Datum:

Geburtsdatum:

Adresse: Strasse und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Telefon privat:

Telefon beruflich:

mobil:

E-Mail:

Wer hat mich empfohlen? Wie habe Sie mich gefunden?

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

Beruf:

Verheiratet / Beziehung

Kinder, Anzahl, Geschlecht, Alter

Versicherung:

☐ Heilpraktiker - Zusatzversicherung

☐ privat / welche?

☐ Beihilfe / Post

☐ Selbstzahler

Welche Versicherung und welcher Tarif, falls bekannt

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Krankheitsgeschichte
Vorerkrankungen (alle Organbereiche und Psyche) z.B. Herz, Niere / Blase, Darm, Haut, etc.
Gibt es Arztberichte, Laborauswertungen etc? Bitte separat beifügen!
Unfälle, Verletzungen, Krankenhausaufenthalte, Behinderungen
Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Jetzigen Beschwerden?
Erkrankung, Kummer, Schreck, Medikamente etc.
Kinderkrankheiten z.B. Windpocken, Masern etc.
Impfungen, Auffrischungen, Impfreaktionen
Infektionserkrankungen aktuell oder bereits durchgemacht z.B. Pfeiffer-Drüsenfieber, Borelliose, Tuberkolose etc.

Allergien welche, seit wann	
Medikamentenunverträglichkeiten welche, seit wann	
Nahrungsmittelunverträglichkeiten wogegen, seit wann	
Familiengeschichte, Krankheiten	
Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, z.B. Herzerkrankungen, Allergien etc. Auch Psyche !	
Größe:	
Gewicht:	
Blutdruck (falls bekannt)	
Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein	
Wenn ja, wie oft?	
Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein	
Wieviel täglich?	
Nehmen oder nahmen Sie Drogen? ☐ Ja ☐ Nein	
Welche?	

Haben Sie viel Appetit oder wenig Appetit gibt es Auffälligkeiten?
Wie oft essen Sie täglich
essen Sie regelmäßig?
Beschreiben Sie mir Ihre Ernährungsrichtlinien bzw. Hauptnahrungsmittel
Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie? Bitte genaue Angaben Inhaltsstoffe und Dosierung
Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tage? Auch Café, Tee etc.
Nehmen Sie Zuckerzusatzstoffe zu sich? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?
Treiben Sie Sport? ☐ Ja ☐ Nein Welchen, seit wann? Gymnastik?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

Lebensführung

Arbeiten Sie zuviel

Treiben Sie Sport

Leiden Sie unter Streß

Essen Sie unregelmäßig

1 2 3 4

☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Vorlieben Nahrung

☐ herzhaft ☐ süß ☐ scharf ☐ salzig ☐ sauer

☐ bitter ☐ Milchprodukte ☐ Rohkost ☐ kaltes Essen

☐ warmes Essen ☐ Fleisch ☐ vegetarisch ☐ vegan

☐ Fett ☐ Fett wird nicht vertragen

Sonstiges?

Allgemeine Zeichen

Allgemeine Abgeschlagenheit

Nervosität

Antriebsarmut

Schnell erschöpft

Schlafstörungen

genauere Beschreibung:

Müdigkeit trotz
ausreichend Schlaf?

Verminderter Durst

Verminderter Appetit

Zugluft / Windempfindlich

Schweißausbrüche, spontan

Hände geschwollen

Füße geschwollen

Schweregefühl
Wo?

Trockener Stuhl

Verstopfung

Mund

Mundgeruch

Trockenheit im Mund

Zahnfleischbluten

Lippenherpes

Mandelentzündung

Operation? Ja/Nein, wann?

1 2 3 4

☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐

Allgemeine Zeichen

Blasses Gesicht

Schwindel

Kälteempfindlichkeit

Kalte Hände
wann?

Kalte Füße
wann?

Taubheitsgefühl Hände

Taubheitsgefühl Füße

Brüchige Nägel

Brüchige Nägel

Hitzeempfindlichkeit

Aufsteigendes Hitzegefühl

Vermehrter Durst

Blutdruck niedrig

Blutdruck hoch

Dunkler Urin, konzentriert

Mund

Zungengeschwüre (Aphten)

Bitterer Mundgeschmack

Pappiger Mundgeschmack

Geschmacksverlust

Welcher Geschmack? Alles?

1 2 3 4

☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Atmung und Infekte

1 2 3 4

Infektanfälligkeit

☐ ☐ ☐ ☐

Allergische Beschwerden

☐ ☐ ☐ ☐

Luftnot in Ruhe

☐ ☐ ☐ ☐

Luftnot bei leichter Anstrengung

☐ ☐ ☐ ☐

Luftnot nachts

☐ ☐ ☐ ☐

Schwitzen Nachts

☐ ☐ ☐ ☐

Schwitzen bei Anstrengung

☐ ☐ ☐ ☐

Auswurf

☐ ☐ ☐ ☐

☐ klar ☐ weiss ☐ gelb ☐ locker ☐ zäh
(bitte markieren)

Husten

☐ ☐ ☐ ☐

☐ trocken ☐ bellend ☐ stark ☐ schwach
(bitte markieren)

Haut

1 2 3 4

Fettige unreine Haut
Lokalisation?

☐ ☐ ☐ ☐

Trockene Haut
Lokalisation?

☐ ☐ ☐ ☐

Hautausschlag

☐ ☐ ☐ ☐

Harnwege

1 2 3 4

Harndrang nachts

☐ ☐ ☐ ☐

Häufiger Harndrang tags

☐ ☐ ☐ ☐

Wenig, dunkler Urin

☐ ☐ ☐ ☐

Atmung und Infekte

1 2 3 4

Engegefühl in der Brust

☐ ☐ ☐ ☐

Druck auf der Brust

☐ ☐ ☐ ☐

Heiserkeit

☐ ☐ ☐ ☐

Geruchssinn schwach

☐ ☐ ☐ ☐

Kloßgefühl im Hals

☐ ☐ ☐ ☐

Nebenhöhlenentzündungen

☐ ☐ ☐ ☐

Nasenatmung behindert

☐ ☐ ☐ ☐

☐ Links ☐ rechts ☐ beidseitig, wann?

Haut

1 2 3 4

Narben, wo?

☐ ☐ ☐ ☐

Hautkrankheiten
(Warzen, Pilz, Nagelbettentzündung, Nägel
Eingewachsen) = Wo?

Harnwege

1 2 3 4

Harnträufeln

☐ ☐ ☐ ☐

Harninkontinenz

☐ ☐ ☐ ☐

Viel, heller Urin

☐ ☐ ☐ ☐

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3 = stärker / häufig

Männer: Prostatavergrößerung / -entzündung
ärztlich untersucht?

Bewegungsapparat

1 2 3 4

Tiefsitzende Rückenschmerzen
Lokalisation:

Schwäche der Wirbelsäule
Lokalisation:

Kälteempfindliche Wirbelsäule
Lokalisation:

Knieprobleme
Lokalisation:

Muskelverspannungen, Krämpfe
Lokalisation:

Sehnenentzündungen
Lokalisation:

Ohr

1 2 3 4

Schwerhörigkeit

Ohrgeräusche hell

Ohrgeräusche dunkel

2 = leicht / gelegentlich 4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Beschwerden beim Wasserlassen

Harnwegsinfekte

☐ Harnröhre ☐ Blase

☐ Nierenbecken

(bitte markieren)

Bewegungsapparat

1 2 3 4

Schulterschmerzen
Lokalisation:

Nackenschmerzen
Lokalisation:

Kieferstörungen
Lokalisation:

Kopfschmerzen
Lokalisation:

Wann?

Haarausfall
Lokalisation:

Ohr

1 2 3 4

Gleichgewichtsstörungen

Schwindel

Wann?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Ohrgeräusche / Schwerhörigkeit
seit wann?

--	--	--	--

Welche Seite?

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

Augen

1 2 3 4

Brennen
Seite?

--	--	--	--

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

Verschwommenes Sehen
Seite?

--	--	--	--

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

Emotionalität

1 2 3 4

Aufbrausend, leicht reizbar

--	--	--	--

Innere Unruhe

--	--	--	--

Nervosität

--	--	--	--

Grübeln

--	--	--	--

Traurigkeit

--	--	--	--

Konzentrationsstörungen

--	--	--	--

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Schlaf

1 2 3 4

Einschlafstörungen

--	--	--	--

Durchschlafstörungen

--	--	--	--

Frühes Erwachen
Uhrzeit?

--	--	--	--

Viele Träume

--	--	--	--

Sexuell

1 2 3 4

Impotenz / Frigidität

--	--	--	--

Erektionsstörungen

--	--	--	--

Vorzeitiger Samenerguss

--	--	--	--

Unfruchtbarkeit ?

☐ Ja ☐ Nein

ärztlich untersucht?

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Ohrenscherzen

--	--	--	--

Seite?

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

Augen

1 2 3 4

Trockene Augen

--	--	--	--

Hilfsmittel / Linsen, Brille

--	--	--	--

Nachtblindheit

--	--	--	--

Farbenblindheit

--	--	--	--

Emotionalität

1 2 3 4

Schreckhaft

--	--	--	--

Depression

--	--	--	--

Gedrückte Stimmung

--	--	--	--

Angstgefühle

--	--	--	--

Zähneknirschen (nachts)

--	--	--	--

Vergesslichkeit

--	--	--	--

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Schlaf

1 2 3 4

Herzklopfen

--	--	--	--

Nachtschweiss

--	--	--	--

Nachts unruhige Beine

--	--	--	--

Nachts kalte Füße

--	--	--	--

Nachts heisse Füße

--	--	--	--

Alpträume

--	--	--	--

Sexuell

1 2 3 4

Wie zufrieden sind Sie mit....

Partnerschaft

--	--	--	--

Freundeskreis

--	--	--	--

Arbeit

--	--	--	--

Sich Selbst

--	--	--	--

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

Bauch

1 2 3 4

Stuhl weich, ungeformt

☐ ☐ ☐ ☐

Stuhl hart

☐ ☐ ☐ ☐

Durchfall

☐ ☐ ☐ ☐

Verstopfung

☐ ☐ ☐ ☐

Blähungen

☐ ☐ ☐ ☐

Bauchkrämpfe

☐ ☐ ☐ ☐

Darmgeräusche

☐ ☐ ☐ ☐

Stuhlgang wie oft?

Blut im Stuhl?
aktuell?

☐ ☐ ☐ ☐

Schleim im Stuhl
aktuell?

☐ ☐ ☐ ☐

Menstruation / Gynäkologie

1 2 3 4

Unregelmäßige Blutung

☐ ☐ ☐ ☐

Schmerzhafte Blutung

☐ ☐ ☐ ☐

Blutung stark / schwach

☐ ☐ ☐ ☐

Zeitpunkt letzte Regel

Zeitpunkt erste Regel

Ausfluß:

Geruch:

Schmerzen, Unterbauch – wann, wie ?

☐ Fehlgeburten / ☐ Abort / ☐ Ausschabung

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Bauch

1 2 3 4

Druckgefühl Oberbauch

☐ ☐ ☐ ☐

Völlegefühl

☐ ☐ ☐ ☐

Übelkeit

☐ ☐ ☐ ☐

Auftossen

☐ ☐ ☐ ☐

Sodbrennen

☐ ☐ ☐ ☐

Erbrechen

☐ ☐ ☐ ☐

Organsenkung

☐ ☐ ☐ ☐

welches Organ?

Hämorrhoiden

☐ ☐ ☐ ☐

Krampfadern

☐ ☐ ☐ ☐

Menstruation / Gynäkologie

1 2 3 4

Verhütungsmittel, welche

Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Woche ?

Menopause

Klimakterische Beschwerden?

Gynäkologische Erkrankungen

☐ Eierstockentz. ☐ Zysten ☐ Myome

☐ Tumore ☐ Geschlechtskrankheiten

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie

3= stärker / häufig

Schmerzcharakter – Wie

☐ dumpf ☐ diffus ☐ bohrend ☐ stechend

☐ punktuell ☐ oberflächlich ☐ tief

Besserung durch:

☐ Wärme ☐ Trockenheit ☐ Kälte

☐ Feuchtigkeit ☐ besser tags ☐ in Bewegung

☐ In Ruhe

☐ Steifigkeit ☐ Schweregefühl

☐ Fixiert an einem Ort ☐ springend

☐ Beginn schleichend ☐ Beginn plötzlich

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Schmerzcharakter – Wie

Schmerzen – Wo / Wann?