



www.heilkundezentrum-midgard.de

Heilkundezentrum Midgard
Bremerhavener Straße 170
28219 Bremen / Walle
Tel. 0421 43741098

Anamnesebogen

>Der Anamnesebogen ist am Computer aus-füllbar. Dann bitte speichern, er kann als Email Anhang versendet werden<

Liebe Patientin, lieber Patient: Vor einer Therapie erstellen wir eine gründliche Diagnose.

Bitte beantworten Sie bitte in Ruhe die folgenden Fragen.

Aufklärung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO):

Die Angaben sind freiwillig. Die Daten dienen der Findung einer möglichst genauen Diagnose und Behandlung.

Nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht werden die Daten rechtskonform vernichtet.

Auf Wunsch händigen wir Ihnen die Daten gerne jederzeit aus.

Nachname, Vorname

Datum:

| | |
|--|---|
| <p>Geburtsdatum:</p> <input type="text"/> | <p>Verheiratet / Beziehung / Kinder</p> <input type="text"/> |
| <p>Adresse: Strasse und Hausnummer</p> <input type="text"/> | <p>Abrechnung:</p> |
| <p>Postleitzahl und Wohnort</p> <input type="text"/> | <p>Selbstzahler <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Telefon privat:</p> <input type="text"/> | <p>Heilpraktiker – Zusatzversicherung <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Telefon beruflich:</p> <input type="text"/> | <p>priv. Vollversicherung inkl. Heilprakt.leistungen <input type="checkbox"/></p> |
| <p>mobil:</p> <input type="text"/> | <p>Beihilfe / Post <input type="checkbox"/></p> |
| <p>E-Mail:</p> <input type="text"/> | <p>Bitte beachten: Gesetzliche Krankenkassen übernehmen keine Heilpraktikerleistungen! Ausnahme wäre Osteopathie, die wir nicht anbieten</p> |
| <p>Beruf:</p> <input type="text"/> | <p>Welche Versicherung / welcher Tarif, falls vorhanden</p> <input type="text"/> |
| <p>Wer hat mich empfohlen?</p> | |
| <p>Wie habe Sie mich gefunden?</p> <input type="text"/> | |

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie sich eine Behandlung?

| |
|--|
| |
|--|

Was ist Ihr Hauptproblem und was erwarten Sie von der Behandlung ?

| |
|--|
| |
|--|

Seit wann bestehen die Beschwerden, was haben Sie bisher unternommen – wie war die Wirkung ?

| |
|--|
| |
|--|

Gibt es Arztberichte, Laborauswertungen etc? Bitte separat beifügen!

**Welche weiteren Erkrankungen oder Beschwerden bestehen außerdem ? Hatten Sie Operationen?
Bitte in Stichpunkten angeben, möglichst mit Jahresangabe**

| |
|--|
| |
|--|

| Basis - Angaben | |
|--|--|
| Größe: | |
| Gewicht: | |
| Blutdruck (falls bekannt) | |
| Tägliche Trinkmenge und Art der Getränke | |
| Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe? Welche? | |
| Treiben Sie Sport oder Gymnastik? Was genau und wie oft? | |
| Alkohol, weitere Drogen? Menge und Häufigkeit? | |
| Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie? Bitte die genaue Dosierung und den Einnahmezeitpunkt angeben. | |
| | |

Welche **Medikamente** nehmen Sie?

Bitte die genaue Dosierung und den Einnahmezeitpunkt angeben.

Beschreiben Sie mir bitte KURZ Ihre Ernährungsrichtlinien bzw. Hauptnahrungsmittel

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Bitte rechts vom Begriff ankreuzen. Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 2 = leicht / gelegentlich 3 = stärker / häufig 4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Energieverlauf, Vegetativum

1 2 3 4

Antriebsarmut / Müdigkeit – wann am Stärksten?
Morgens Mittags Abends

Leiden Sie unter Streß

Nervosität

Schwindel

Kälteempfindlichkeit

Gleichgewichtsstörungen

Schlafstörungen ? - Beschreibung

Traurigkeit

Grübeln

Konzentrationsstörungen

Depression

Nachtschweiss

Atmung und Infekte

1 2 3 4

Infektanfälligkeit

Atembeschwerden

Nebenhöhlenentzündungen

Harnwege

1 2 3 4

Harndrang nachts

Häufiger Harndrang tagsüber

Wenig, dunkler Urin

Harnwegsinfekte

Harninkontinenz

Männer: Prostataprobleme

Ernährung / Verdauung

1 2 3 4

Essen Sie regelmäßig
1 x täglich 2 x täglich 3 x täglich öfter

Rohkost kaltes Essen warmes Essen

Fleisch vegetarisch vegan

Fett wird vertragen Fett wird nicht vertragen

Verminderter Durst

Appetit konstant? Abhängig von?

Nahrungsmittelallergien, Unverträglichkeiten?

Heißhunger – Umstände?

Nach dem Essen müde

Sodbrennen – wann?

Wie häufig Stuhlgang?

Stuhl weich, ungeformt
Stuhl hart
Durchfall
Verstopfung
Blähungen

Schmerzen – optional, falls vorhanden

dumpf diffus bohrend stechend

punktuell oberflächlich tief

Fixiert an einem Ort springend

Beginn schleichend Beginn plötzlich

Steifigkeit Schweregefühl

Besserung durch:

Wärme Trockenheit Kälte Feuchtigkeit

besser Tags besser Nachts

besser in Bewegung Besser in Ruhe

Menstruation / Gynäkologie

Schmerzhafte Blutung

Blutung stark / schwach

Unregelmäßige Blutung

1 2 3 4

Gynäkologische Erkrankungen

Eierstockentzündung Zysten Myome

Tumore Geschlechtskrankheiten

Schmerzen Unterbauch: Wann, wie, wo?

Menopause / Beschwerden?

Schmerzort – genaue Beschreibung

Menstruation / Gynäkologie

Schwangerschaft? Ja Nein Weiß nicht

Welche Woche ?

Verhütungsmittel? Welches?

Sonstige Angaben: