****

**Anamnese-Fragebogen**

**Persönliche Daten**

Name Geburtstag

Vorname Tel.

Straße Beruf

PLZ – Ort E-Mail

**Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?**

**Vorgeschichte**

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge usw.

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

**Sind Sie Schwanger?**

**Kopf**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wie häufig?

**Ohren**

links, rechts, beidseitig - Tinnitus, seit wann , häufige Entzündungen

**Nase**

Behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig,

eitrig, grünlich, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen

**Mandeln**

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse**

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Entzündungen

**Brust - Bauch - Rücken**

**Brustdrüse**

Beschwerden, Operationen

**Herz**

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge**

Bronchitis, häufig Husten, Asthma

**Leber**

Entzündung – Hepatitis

**Galle**

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen**

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit,

Nahrungsmittelallergien

**Gibt es bekannte Allergien?**

**Arme - Beine - Rücken - Haut**

**Arme**

Verletzungen Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

**Beine**

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Ödeme, Missempfindungen

**Rücken**

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Schmerzen

**Haut/Nägel**

Verbrennungen, Ekzeme, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

**Narben**

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

O Ja, bitte unbedingt zeigen

O Nein

Ort, Datum: Unterschrift: