

# Eva Stiegele \* Heilpraktikerin

Verdistr. 48 \* 81247 München-Obermenzing  
Tel.: 089/954 200 63 \* Mobil: 0173/3568025  
Mail: [praxis@stiegele.org](mailto:praxis@stiegele.org)  
Homepage: [praxis-stiegele.org](http://praxis-stiegele.org)



## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Herzlich Willkommen in meiner Praxis.

Um Sie kompetent ganzheitlich behandeln zu können, bitte ich Sie um Ihre Mithilfe.

Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung:  gesetzlich \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

privat \_\_\_\_\_  Beihilfe  Bund  Land

Familienstand:  alleinstehend  verheiratet  Lebensgemeinschaft  geschieden  verwitwet  getrennt lebend

Kinder \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung von \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

1. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie und seit wann bestehen diese?

---

---

2. Gab es einen Auslöser? (Trauma, Unfall, Medikamente, Impfung...)

---

---

3. Waren / Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in Behandlung? Wenn ja, wo?

---

---

4. Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo?

Kopf     Zähne     Nacken/Schultern     Wirbelsäule     Unterleib     Magen-/Darm     Beine

Sonstiges \_\_\_\_\_

5. Weitere Beschwerden:

---

---

6. Welche Operationen / Unfälle hatten Sie? Wann?

---

---

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings?

Nein     Ja \_\_\_\_\_

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein?

---

---

9. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (Vitamine, Mineralstoffe)

---

---

10. Wann erfolgte die letzte Antibiotika-Therapie und warum?

---

---

11. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  Nein     Ja, welche \_\_\_\_\_

12. Welche Impfungen / Auffrischungen haben Sie bekommen? Kam es dabei zu unerwünschten Reaktionen?

---

---

13. Rauchen Sie?  Nein     Ja, Anzahl pro Tag \_\_\_\_\_     Raucher von bis (Jahre) \_\_\_\_\_

14. *Treiben Sie Sport?*  2x pro Woche oder öfter  gelegentlich  nein

15. *Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?*

Heuschnupfen  Tierhaare  Penicillin  Hausstaub  Lidocain  ASS (z.B. Aspirin)  
 Pollen  Milben  Nahrungsmittel \_\_\_\_\_  Sonstige \_\_\_\_\_

16. *Wieviel Wasser trinken Sie täglich?* (Ohne Fruchtsaft, Kaffee, Tee, Alkohol)

3 Liter  2 Liter  1 Liter  500 ml  weniger

17. *Wie ernähren Sie sich?*

Fleisch \_\_\_ x pro Woche  Fisch \_\_\_ x pro Woche  Obst/Gemüse \_\_\_ x täglich  
 Süßigkeiten \_\_\_ x täglich  Fast food \_\_\_ x pro Woche  Milchprodukte \_\_\_ x täglich  
 Veganer  Vegetarier  Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Heißhunger auf \_\_\_\_\_  Abneigung gegen \_\_\_\_\_  
Trinken Sie Alkohol?  täglich  2-3x pro Woche  seltener  nie Welchen Alkohol? \_\_\_\_\_

17. *Wie ist Ihre Verdauung?*

Stuhlgang \_\_\_ x täglich / \_\_\_ x wöchentlich  Völlegefühl nach dem Essen  Sodbrennen  
 Blähungen  Aufstoßen  Verstopfung  Durchfall  Appetitlosigkeit  
 Übelkeit / Erbrechen  Hämorrhoiden  Gastritis  Magengeschwür  Helicobacter pylori

18. *Neigen Sie eher zum*  Schwitzen  Frieren

19. *Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?*

Allergien  Tuberkulose  Steinerkrankungen  Herzerkrankungen  Hauterkrankungen  
 Asthma  Gefäßerkrankungen  Gicht  Krebserkrankungen  Multiple Sklerose  
 Rheuma  Bluthochdruck  Diabetes  Depressionen  Selbstmord/Suizid  
 Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_  
Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_  
Großeltern \_\_\_\_\_ Urgroßeltern \_\_\_\_\_  
Geschwister \_\_\_\_\_

20. *Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?*

Masern  Mumps  Röteln  Scharlach  Windpocken  Grippe (Influenza)  
 Tetanus  TBC  Typhus  Salmonellose  FSME  Borreliose  
 Keuchhusten  Gonorrhoe  Syphilis  Kinderlähmung  Pfeiffersches Drüsenfieber  
 Tropenkrankheiten  Sonstige \_\_\_\_\_

21. *Wie schlafen Sie?*

Einschlafprobleme  Nachtschweiß  Zähneknirschen  Häufiges Erwachen Uhrzeit \_\_\_\_\_  
 Sprechen im Schlaf  Keine Träume  Lebhaftige Träume  Nächtl. Wasserlassen Uhrzeit \_\_\_\_\_  
 Schnarchen  Bauchlage  Seitenlage  Rückenlage  
Schlafdauer \_\_\_\_\_ Stunden Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen?  Ja  Nein

22. Wie ist der Zustand Ihrer Zähne?

- Gold / Kronen    Wurzelbehandlung    tote Zähne    Implantate    Brücken    Weisheitszähne  
 Amalgam    Amalgam entfernt wann? \_\_\_\_\_

23. Sind Schilddrüsen-Erkrankungen bekannt?

- nein    ja, welche und seit wann \_\_\_\_\_

24. Wie hoch ist Ihre psychische Belastung (Stress) auf einer Skala von 1-10? \_\_\_\_\_

25. Für Patientinnen:

- Monatsblutung    regelmäßig    unregelmäßig    schmerzhaft  
 Ausfluss    Zysten / Myome    Tumore  
 Geburten    Fehlgeburten    Ausschabungen  
 Menopause seit \_\_\_\_\_    Klimakterische Beschwerden  
 Verhütung \_\_\_\_\_

26. Für Patienten:

- Prostataprobleme    Beschwerden beim Wasserlassen    Sonstiges \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Offenheit.**

**Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Blutbilder und Befunde zum ersten/nächsten Termin mit.**

**Datum:**

**Unterschrift:**

---