

Anamnesebogen

Stammdaten

Name: _____ Geburtstag: _____

Körperdaten

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Wohlfühlgewicht (kg): _____

Taille (cm): _____ Hüfte (cm): _____ Blutgruppe: _____

Themen (Grund der Behandlung und aktuelle Hauptbeschwerden)

Roter Faden von Geburt bis heute mit markanten Symptomen und Ereignissen

Welche Ziele verfolgst du mit der Behandlung?

Ernährung

Vegetarier Veganer andere Besonderheiten: _____

Anzahl Mahlzeiten pro Tag: _____

Typisches Frühstück: _____

Typisches Mittagessen: _____

Typisches Abendessen: _____

Typisches Snackverhalten (Zeitpunkt, Art): _____

Typisches Trinkverhalten (was, wann, wieviel): _____

Alkohol/Zigaretten/Drogen (was, wieviel, wann): _____

Verdauungsbeschwerden? (Rechte Spalte mit Untersuchungsmethode und Datum)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blähungen normal | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Candida |
| <input type="checkbox"/> Blähungen stinkend | <input type="checkbox"/> harter Stuhl, köttelig | <input type="checkbox"/> Clostridium diff. |
| <input type="checkbox"/> Blähbauch | <input type="checkbox"/> Durchfall wässrig | <input type="checkbox"/> Blastocystus hom. |
| <input type="checkbox"/> Meteorismen | <input type="checkbox"/> Breiiger weicher Stuhl | <input type="checkbox"/> Parasiten |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Wechselnder Stuhl | <input type="checkbox"/> Lebensmittel-
vergiftung (wann?) |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Farbe verändert heller | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Farbe verändert dunkel | <input type="checkbox"/> Gallensäureverlust |
| <input type="checkbox"/> Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> Verdauungsreste im Stuhl | <input type="checkbox"/> Enzymmangel |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Fettiger Stuhl | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Klebriger Stuhl | <input type="checkbox"/> CED (Welche?) |
| <input type="checkbox"/> Träge Motilität | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl (abgeklärt?) | <input type="checkbox"/> Magenspiegelung |
| <input type="checkbox"/> Darmbarrierestörung | <input type="checkbox"/> Gefühl nicht entleert? | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung |

Stuhlgang wie oft? _____

Spiegelungsbefunde mit Datum: _____

Natrontest: _____

Rote-Bete-Test: _____

Sonstiges: _____

Allergien & Unverträglichkeiten (wie getestet?)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Sorbit-Intoleranz (Wie getestet?) |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub, Schimmel | <input type="checkbox"/> Histamin-Intoleranz (Wie getestet?) |
| <input type="checkbox"/> Gluten (Wie getestet?) | <input type="checkbox"/> MCAS (Wie getestet?) |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie (Wie getestet?) | <input type="checkbox"/> Salicylatintoleranz (Wie getestet?) |
| <input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz (Wie getestet?) | <input type="checkbox"/> SIBO: <input type="checkbox"/> H ₂ / <input type="checkbox"/> CH ₄ / <input type="checkbox"/> H ₂ S |
| <input type="checkbox"/> Fructose-Intoleranz (Wie getestet?) | <input type="checkbox"/> KPU/HPU |

Andere: _____

Kopf-bis-Fuß-Anamnese: Gibt es hier Auffälligkeiten oder Erkrankungen?

Immunsystem/Infektanfälligkeit: _____

Herpes, Aphten, EBV, Herpes Zoster, Pilzerkrankungen: _____

Kopfschmerzen/Migräne: _____

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen/Brainfog: _____

Konzentration, Merkfähigkeit, Gehirnleistung: _____

Sinnesorgane (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken): _____

Tastsinn, Parästhesien, Kribbeln, M. Raynaud: _____

Bewegungsapparat, Gelenkschmerzen, Rheuma, Gicht: _____

Haut/Haare/Nägel: _____

Herz(fehler), Blutdruck, Kreislaufprobleme: _____

Atmungssystem, Asthma: _____

Harnableitendes System/Blase/Niere: _____

Wasserlassen besonders häufig/selten: _____

Nierensteine, Gallensteine, Koliken: _____

Einlagerungen, Ödeme, schwere Beine: _____

Übermäßige Absonderungen, Schweiß, Ausfluss, Sekrete: _____

Schilddrüse, M. Hashimoto: _____

Gynäkologisch/Zyklusbesonderheiten, Geschlechtsorgane: _____

Libido vorhanden: _____

Hormonsystem: _____

Zahnstatus, übermäßige Probleme, Implantate (warum?): _____

Schlaf (Einschlafen/Durchschlafen): _____

Unfälle/Operationen: _____

Angeborene Fehlbildungen: _____

Impfstatus, Reaktionen: _____

Erbliche Vorbelastungen: _____

Psyche/Themen/Traumata/Behandlung: _____

Charaktermerkmale/wichtiges zum Wesen: _____

Familienstatus, Geburten (auch Fehlgeburten)

Job (...und wie zufrieden bist du da? Gibt es Stressfaktoren?)

Medikamente & Nahrungsergänzungsmittel (auch Hormone, Pille, Schilddrüsenmedikamente, Vitamine, Sportgetränke):

Wichtiges aus Vorbefunden (mit Datum)

Sonstige Bemerkungen
