

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

Heilpraktiker Oliver Kofler

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Kranken-  
geschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name: .....

Vorname: .....

geb. .....

PLZ und Wohnort :.....

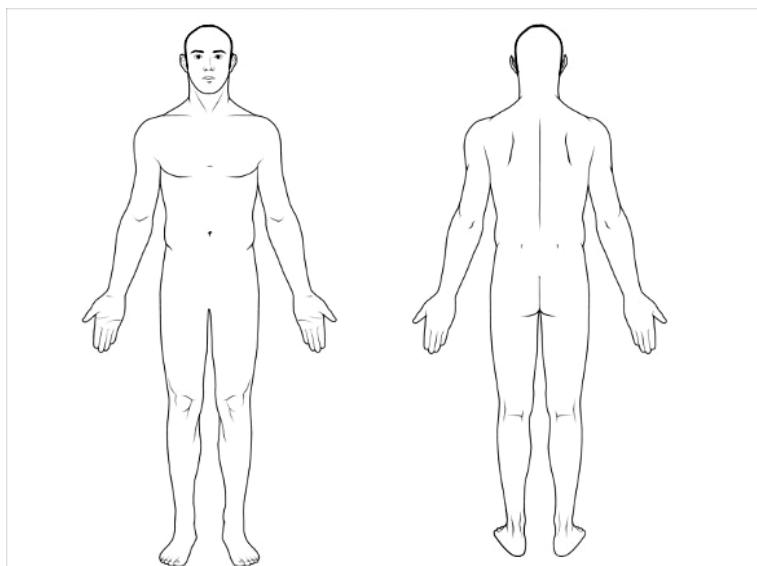
Strasse: .....

Beruf: .....

Familienstand: .....

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde, wegen der die Praxis aufgesucht wird:  
Was? (freie Schilderung)

Wo? (Lokalisation) .....



Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell-stechender oder dumpf-bohrender Schmerz), Schmerzintensität:



Heilpraktiker Oliver Kofler

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert):

bestimmte Tageszeiten:

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

### **Medikamenteneinnahme**

Welche Medikamente nehmen Sie derzeitig ein?

### **Familienanamnese**

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf?  
(z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen)

### **Soziale Anamnese**

Haben Sie Freunde?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

### Allgemeine Lebensführung

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol?

Menge:

Sorte:

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?

Zigaretten täglich:

Seit Lebensalter:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?

Ja       Nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

Ja       Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam? Leiden Sie an Ein- oder Durchschlaf Schwierigkeiten?

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?

Ja       Ja

Zeit:

Nein       Nein

Haben Sie große Sorgen? Sind Sie nervös

Ja       Ja  
 Nein       Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?

Ja       Nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

Ja       Nein

Leiden Sie zurzeit oder sonst unter Fieber?

Ja       Nein

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

### Allergien

Welche?

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?  Ja  Nein

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose ?

Ja  Nein

Welche?

Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Allergie gegen:

Welche? Typ?

### Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel?  Ja  Nein

Ohnmachtsanfällen?  Ja  Nein

Epileptische Anfällen?  Ja  Nein

Kopfschmerzen?  Ja  Nein

Haben Sie Probleme mit den Augen?  
 Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Probleme mit dem Hören?

Ja  Nein

Ohrenschmerzen?  Ja  Nein

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

- Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?       Ja       Nein
- Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?     Ja       Nein
- Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?       Ja       Nein
- Leiden Sie häufig an Nasenbluten?       Ja       Nein
- Leiden Sie unter Haarausfall?       Ja       Nein
- Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund- Kiefer-Bereich?
- Ja       Nein
- Wenn ja, welche?

### Halsbereich

- Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?
- Ja       Nein
- Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?       Ja       Nein
- Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?
- Ja       Nein
- Leiden Sie unter Heiserkeit?
- Ja       Nein
- Wenn ja, wie lange?

### Brustbereich

- Leiden Sie unter Husten?       Ja       Nein
- Wenn ja, wie lange?
- Wie ist der Auswurf beschaffen? Beschaffenheit:
- Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?       Ja       Nein
- Leiden Sie unter Atemnot?       Ja       Nein
- Asthma-bronchiale-Anfälle?       Ja       Nein
- Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?



Heilpraktiker Oliver Kofler

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

Ja  Nein

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

Ja  Nein

Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

Ja  Nein

### Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?  Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?

Ja  Nein

Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?

Ja  Nein

Sodbrennen?

Ja  Nein

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Beschwerde?

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Veränderung?

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

Ja  Nein

### Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?

Ja  Nein

Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?  Ja  Nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?

Ja  Nein

Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen an den Armen oder Händen?

Ja  Nein

Zittern Ihre Hände (manchmal)?  Ja  Nein

### Beine und Füße

Leiden Sie unter Krampfadern?  Ja  Nein

Treten nachts Wadenkrämpfe auf?  Ja  Nein

Schmerzen in Beinen oder Füßen?  
 Ja  Nein

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?

Ja  Nein

Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?

Ja  Nein

Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?

Ja  Nein

Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?

Ja  Nein

# Anamnesebogen

## arKana-sOl Heilpraktikerpraxis

### Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?

Ja       Nein

Schmerzen beim Wasserlassen?

Ja       Nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?

Ja       Nein

Wenn ja welche Veränderung?

Haben Sie Blut im Urin festgestellt?

Ja       Nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten?

Ja       Nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?

Ja       Nein

Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?

Ja       Nein

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus?

Ja       Nein

Hatten oder haben Sie Hautveränderungen an den Genitalien ?

Ja       Nein

Wenn ja, welche?

### Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?

Wie lange ist die Zyklusdauer?

Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal, stark?)

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?

Ja       Nein

Tritt ein Sekret aus der Scheide?

Ja       Nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?

Ja       Nein

### Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen?

Ja       Nein

Hautjucken?

Ja       Nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?

Ja       Nein

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?

Ja       Nein

### Sonstiges