

Anamnesebogen

Datum

Name.....Vorname.....

Geb.Datum..... email.....

PLZ.....Wohnort.....

Strasse, Haus-Nr.....

Telefon: privat.....berufl.....Mobil.....

Beruf.....Krankenversicherung.....

Privat versichert: Beihilfeanspruch: ja nein oder

Gesetzlich versichert: Zusatzversicherung für Naturheilverfahren ja nein

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie mehr Platz benötigen, benutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt.

Bitte beantworten Sie sorgfältig alle Fragen.

Welche Hauptbeschwerden haben Sie? **Seit wann?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Therapie(n) wurde(n) gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?

.....
.....
.....
.....
.....

Mit welchem Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....

Unter welchen Beschwerden leiden Sie zusätzlich? **Seit wann?** **2**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente werden Ihnen regelmäßig verordnet?

.....
.....
.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungspräparate ein?

.....
.....

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in chronologischer Reihenfolge:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Haben Sie jemals eine Halswirbelsäulenverletzung (z.B. Schleudertrauma) erlitten?

.....

Welche Impfungen wurden in den letzten 10 Jahren durchgeführt?

.....
.....
.....

Gab es Impfreaktionen?

Hatten Sie Pfeiffersches Drüsenfieber/ Gürtelrose/ Hepatitis/ Borreliose?

Haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika eingenommen?

Immunsuppressiva, z.B. Cortison?

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Geben Sie bitte Größe

und Gewicht

an.

- O Erkrankungen in der Familie:** z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, psychiatrische Erkrankungen....
ggf. Todesursache (mit Altersangabe)

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Großmutter Mutter:

Großvater Mutter:

Großmutter Vater:

Großvater Vater:

- O Wie ist Ihr derzeitiger Allgemeinzustand?**

Leiden Sie unter körperlicher Erschöpfung? ja nein

Unter geistiger Leistungseinschränkung? ja nein

Haben oder hatten Sie depressive Episoden? ja nein

Fühlen Sie sich gestresst? ja nein

- O Leiden Sie unter Allergien?**

Pollen Gräser Getreide

Tierhaare Kreuzallergien gegen Nahrungsmittel

- O Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

Laktose Fruktose/Sorbit Histamin

Gluten andere Unverträglichkeiten

- O Wie ernähren Sie sich?**

Mischkost vegetarisch vegan

wenig Obst/ Gemüse tgl. mehrmals Obst/Gemüse

- O Haben Sie orthopädische Beschwerden?**

Gelenkschmerzen/ Arthrose

Wirbelsäulenbeschwerden

- Welchen Beruf üben Sie aus?**
- Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie?**
- Wie belastbar fühlen Sie sich?**
 sehr belastbar mäßig belastbar kaum belastbar
- Wie erleben Sie sich psychisch?**
 ausgeglichen angespannt gereizt/ gestresst
- Treiben Sie Sport?**
 Ausdauertraining Krafttraining
 Wie viele Stunden pro Woche?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?**
- Sind Sie morgens fit?**
- Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie in der Natur?**
- Haben Sie eine(n) Lebenspartner(in)?**
- Wie gesund fühlen Sie sich (auf einer Skala von 0 - 100%) ? %**

Diesen Fragebogen können Sie per Post, per Fax (unter **0871-96 66 823**) oder per Mail (anmeldung@diethmayr.de - dann bitte jedes Blatt **einzel**n einscannen) zurücksenden.

Nach Erhalt vereinbaren wir einen Termin mit Ihnen.

Halten Sie diesen pünktlich bitte ein, da wir zw. 30 - 90 Minuten für die weitere Anamnese und Beratung für Sie einplanen.

Falls eine Blutabnahme vorgesehen ist, kommen Sie bitte nüchtern.

Ggf. benötigen wir auch den 1. Morgenurin. Dies wird Ihnen von unseren Mitarbeiterinnen mitgeteilt.

Wichtig: Bitte bringen Sie sämtliche behandlungsrelevanten Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, fachärztl. Befunde, Tumorpass etc.) zur Erstuntersuchung mit!