



## Anamnesefragebogen

***Herzlich Willkommen in der Naturheilpraxis Magdalena Szalas***

Diesen Fragebogen bitte ich Sie vor Ihrem ersten Besuch ausgefüllt an mich zurückzusenden.

Bitte kreuzen sie zutreffendes an oder beantworten Sie in eigenen Worten.

**Nehmen Sie sich genug Zeit.**

Falls Sie Probleme beim Ausfüllen haben, können Sie diesen Fragebogen auch selbstverständlich am Termin mit mir persönlich durchsprechen.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Geburtstag/Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil (privat): \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße/ Gewicht: \_\_\_\_\_

Familienstand/Kinder: \_\_\_\_\_

## Beschwerden

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann ?**

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen haben Sie bezüglich der Beschwerden bekommen?**

---

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?**

- eine Erkrankung     Kummer     Trauer     Schreck   
Operationen     Hautausschläge     andere:

**Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

---

---

---

## Krankheitsgeschichte

**Welche bisherigen Erkrankungen und Operationen haben Sie durchgemacht?**

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Infektionserkrankungen hatten Sie?**

Masern

Röteln

Mumps

Keuchhusten

Windpocken

Influenza

Pfeiffersches Drüsenfieber

Scharlach

andere

**Wurden Sie schon mal mit Antibiotika behandelt? Wenn ja wegen welcher Erkrankung?**

---

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

---

**Leiden Sie oft an Erkältungskrankheiten?**

Ja

Nein

**Leiden Sie oft an Harnwegsinfekten?**

Ja

Nein

## Emotionales

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja  nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja  nein

Leiden Sie an depressiver Verstimmung? ja  nein

Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja  nein

Haben Sie Ängste/Schuldgefühle? ja  nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja  nein

Schwitzen Sie leicht? ja  nein

Schwitzen Sie Nachts? ja  nein

### Wie leistungsfähig und belastbar fühlen Sie sich?

Sehr belastbar  mässig belastbar  gar nicht belastbar

### Sind Sie in einer Beziehung?

Ja  Nein

### Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner/in?

Sehr gut  gut  mässig  schlecht

### Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

Sehr gut  gut  mässig  schlecht

### Haben Sie Kummer/Sorgen?

Ja  Nein

### Sind Sie glücklich?

Ja  Nein

## Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nahrungsmittel-Unverträglichkeit? Und wenn ja auf was?  
\_\_\_\_\_

Essen Sie Fleisch? Wenn ja wie oft? \_\_\_\_\_

Essen Sie viel Fast-Food? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wie oft? \_\_\_\_\_

## Wohnung

### Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnurlose Telefone/Internet  Elektrische Geräte/stand by

Wasserbett

### Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit  Zähneknirschen  Schnarchen

Unruhe in den Beinen  Nachtschweiß  lebhaftere Träume

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_