



# Global Klinik

## Ganzheitliche Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich aus, auch wenn Ihnen die eine oder andere Frage unwichtig für Ihr Anliegen erscheint - es hilft, Ihre Behandlung genau auf Sie abzustimmen.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

### Persönliches

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber/abends: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

### Anleitung

Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

**Für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung? Wegen welcher Gesundheitsprobleme suchen Sie eine Hilfe? Seit wann bestehen diese Probleme?**

---

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit / regelmäßig ein? Dosierung?**

Medikament bitte zum Ersttermin mitbringen (auch Nahrungsergänzungsmittel, Hormone etc.)

---

---

---

**Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein**

**Rauchen Sie? Ja/Nein**

**Nehmen Sie Drogen/ Stimulantien? Ja /Nein**

---

**Machen Sie Sport, wie oft, welche Sportart üben Sie aus?**

---

**Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja/Nein**

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?** z.B. Pollen (wann), Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,**

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhaut, morgens, abends;  
halbseitig - links - rechts – beidseitig

---

**Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen / Verletzungen? Welche Bereiche des Körpers?** Bitte geben Sie auch an wann und woran Sie operiert worden sind.

---

**Haare:** Haarausfall, kreisrund, vereinzelt, seit wann:

---

**Augen:** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

---

**Ohren** (links / rechts): Tinnitus seit: \_\_\_\_\_

Schwerhörigkeit seit: \_\_\_\_\_

Entzündungen seit: \_\_\_\_\_

---

**Zähne/ Kiefer:** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja / nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja / nein

---

**Zahnfüllmaterialien:** Amalgam / Kunststoff / Gold / Keramik

---

**Nase:** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung,  
verstopft

---

**Mandeln:** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

---

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Medikamente

---

**Herz:** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

---

**Lunge / Atemwege:** Entzündung, Bronchitis, häufiger Husten, Asthma

---

**Leber:** Entzündung, Hepatitis

---

**Galle:** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

---

**Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen, unverträgliche  
Speisen

---

**Darm:** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Geruch

---

**Stuhlgang: Wie häufig?** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung,  
Neigung zum Durchfall

---

**Konsistenz?** z.B. schnittfest, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

---

**Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Operationen, Kribbeln, kalte Hände usw.

---

**Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte / heiße Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

---

**Rücken/ Wirbelsäule:** Verletzungen, Hexenschuß, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Operationen

---

**Haut/Nägel:** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reißen ein

---

**Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben (auch kleine)? Wo?**  
Piercings, Tätowierungen etc.? Wo befinden sich diese?

---

**Brust:** Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis etc.

---

**Unterleib / Geschlechtsorgane** Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.

---

**Menstruation:** In welchem Alter war die erste Menses? \_\_\_\_\_ Beschwerden vor/ nach/ während der Regel. Bitte Beschwerden kurz beschreiben.

---

**Klimakterische Beschwerden?** Bitte Beschwerden beschreiben. In welchem Alter war die letzte Menstruation?

---

**Penis, Prostata:** Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen, Infektionen,

---

**Benutzen Sie Verhütungsmittel? Welche?**

---

**Niere/Blase:** Nierensteine, Entzündungen, wie häufig?

---

**Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach:

---

**Sexualität** z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, schmerzhaft

---

**Gehirn:** Schlaganfall, Krampfleiden (Epilepsie)

---

**Psyche / Nervensystem:** Nervenzusammenbruch, Depressionen, Burnout

---

**Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit emotionalem Stress, Ihrer Alltagssituation und Lebensumständen**

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.  
Sind Sie oft reizbar?

---

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

---

Haben Sie eine Partnerin, einen Partner? Wie zufrieden sind Sie mit der Situation?

---

Wie würden Sie Ihre sozialen Kontakte beschreiben? (z.B. gut, gesellig, lieber alleine, fühle mich isoliert, gut eingebunden, unzufrieden)

---

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?

Gab oder gibt es Stress im Berufsleben / Ausbildung / Studium (auch durch Arbeitslosigkeit, Mobbing etc.)

---

Häusliches Umfeld: Wie ist Ihre Wohnsituation? z.B. alleine / Familie / WG, laut/ ruhig, zu eng, Hauptverkehrsstraße, fühle mich wohl /nicht wohl etc.

Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten (z.B. zu Hause, Arbeit, Wochenendhaus) Belastungen

durch Schimmel, Lärm, Abgase, Rauch, Chemikalien, Ausdünstungen, Elektrosmog?

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!