

ANAMNESEBOGEN

Datum _____

Name _____ Vorname _____

Geb.Datum _____ E-Mail _____

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.

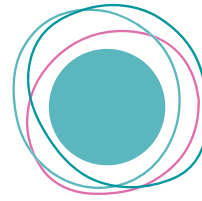
Sollten Sie mehr Platz benötigen, benutzen Sie bitte ein zusätzliches Blatt.
Bitte beantworten Sie sorgfältig alle Fragen.

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?

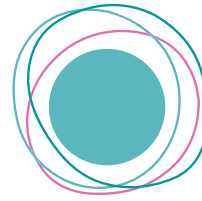
Welche Medikamente werden Ihnen **regelmäßig** verordnet?

Welche Nahrungsergänzungspräparate nehmen Sie regelmäßig 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?

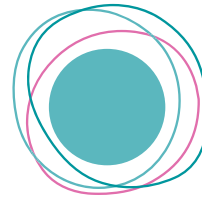


- Gab es Impfreaktionen?
- Hatten Sie Pfeiffersches Drüsenfieber/ Gürtelrose/ Hepatitis/ Borreliose?
- Haben Sie in den letzten Jahren Antibiotika eingenommen?
- Immunsuppressiva, z. B. Cortison?
- Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen?
- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

- Geben Sie bitte Größe
und _____ Gewicht _____ an.

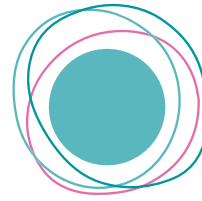
- Erkrankungen in der Familie:** z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Asthma, Allergien,
Schuppenflechte, psychiatrische Erkrankungen....
ggf. Todesursache (mit Altersangabe)
Vater: _____
Mutter: _____
Geschwister: _____
Großmutter Mutter: _____
Großvater Mutter: _____
Großmutter Vater: _____
Großvater Vater: _____

- 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



- Leiden Sie unter Allergien?**
 - Pollen
 - Gräser
 - Getreide
 - Tierhaare
 - Kreuzallergien gegen Nahrungsmittel
- Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**
 - Laktose
 - Fruktose/Sorbit
 - Histamin
 - Gluten
 - andere Unverträglichkeiten
- Wie ernähren Sie sich?**
 - Mischkost
 - vegetarisch
 - vegan
 - wenig Obst/ Gemüse
 - tgl. mehrmals Obst/Gemüse
- 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 oder per Fax – an **089 - 54 68 88 88** – sowie per E-Mail – an info@dr-herrmann.de – zurücksenden.

Nach Erhalt vereinbaren wir einen Termin mit Ihnen. Halten Sie diesen bitte pünktlich ein, da wir zwischen 30 und 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, Tumormappe etc.) zur Erstuntersuchung mit!