Anamnesebogen

Naturheilkunst Lotus
Heilpraktikerin Valentina Borowez

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Alle hier und in meiner Praxis gemachten Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Reicht der vorgesehene Platz nicht aus oder möchten Sie etwas ergänzen, können Sie die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt verwenden. Vorhandene Laborbefunde, Arztberichte und Medikamentenpläne können Sie gerne beifügen. Bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum ersten Termin mit oder senden Sie ihn vorab per E-Mail an lotus-tcm@outlook.de.

Persönliche Angaben

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Mobiltelefon
Anschrift	
E-Mail	Blutgruppe

Versicherung: gesetzlich · privat · Heilpraktiker-Zusatzversicherung

Aktuelle Beschwerden und Behandlungsziel

Bitte beginnen Sie mit der Beschwerde, die Sie am stärksten beeinträchtigt.

Beschwerde 1

Beschwerde / ggf. Körperregion _____ seit wann? _____

Leidensdruck ___von 10 bisheriger Verlauf _____

Wie fühlt sich die Beschwerde an? _____

Möglicher Auslöser _____

Verstärkt durch _____

Gebessert durch _____

Bisherige Ärzte/Therapeuten, Untersuchungen und Befunde _____

_____

Bisherige Medikamente oder Behandlungen _____

Wirkung: besser · unverändert · schlechter · Nebenwirkungen _____

_____

_____

Beschwerde 2

Beschwerde / ggf. Körperregion _____ seit wann? _____

Leidensdruck ___von 10 bisheriger Verlauf _____

Wie fühlt sich die Beschwerde an? _____

Möglicher Auslöser _____

Verstärkt durch _____

Gebessert durch _____

Bisherige Ärzte/Therapeuten, Untersuchungen und Befunde _____

_____

Bisherige Medikamente oder Behandlungen _____

Wirkung: besser · unverändert · schlechter · Nebenwirkungen _____

_____

_____

Beschwerde 3

Beschwerde / ggf. Körperregion _____ seit wann? _____

Leidensdruck ___von 10 bisheriger Verlauf _____

Wie fühlt sich die Beschwerde an? _____

Möglicher Auslöser_____

Verstärkt durch_____

Gebessert durch_____

Bisherige Ärzte/Therapeuten, Untersuchungen und Befunde_____

_____

Bisherige Medikamente oder Behandlungen_____

Wirkung: besser · unverändert · schlechter · Nebenwirkungen _____

_____

_____

Beschwerde 4

Beschwerde / ggf. Körperregion _____ seit wann? _____

Leidensdruck ___von 10 bisheriger Verlauf _____

Wie fühlt sich die Beschwerde an? _____

Möglicher Auslöser_____

Verstärkt durch_____

Gebessert durch_____

Bisherige Ärzte/Therapeuten, Untersuchungen und Befunde_____

_____

Bisherige Medikamente oder Behandlungen_____

Wirkung: besser · unverändert · schlechter · Nebenwirkungen _____

_____

_____

Ihr Wunsch an die Behandlung

Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen? Bitte beschreiben Sie möglichst positiv, wie Sie sich körperlich und in Ihrem Alltag fühlen möchten.

_____

_____

_____

_____

Energie und allgemeines Befinden

Energieniveau durchschnittlich ____ von 10

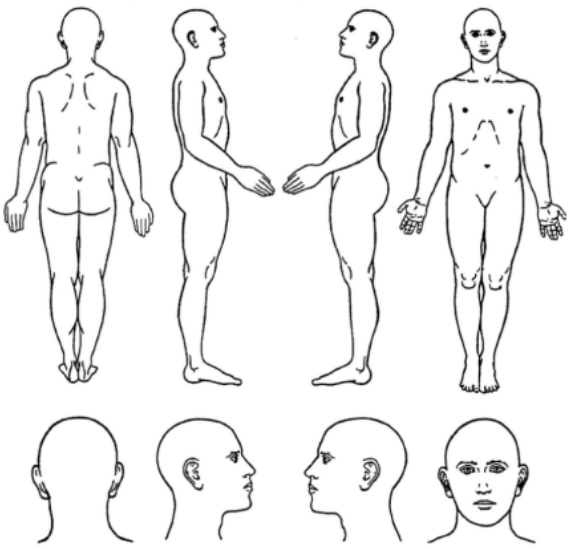
morgens ____von 10 mittags ____von 10 nachmittags ____von 10 abends ____von 10

Antriebslosigkeit · schnelle Ermüdbarkeit · körperliche Erschöpfung · geistige Erschöpfung · emotionale Erschöpfung · Leistungseinbruch nach Belastung · innere Unruhe trotz Erschöpfung · Überforderung

_____

Körperkarte Bewegungsapparat und Narben

Bitte markieren Sie Narben = gezackt; Schmerzen, Missempfindungen, Bewegungseinschränkungen: Kreuz = punktförmig, Oval = flächig oder unklar, Pfeil = ausstrahlend



Verursachen Narben Schmerzen, Taubheit, Juckreiz, Spannungsgefühl oder Bewegungseinschränkungen?

_____

_____

_____

_____

Operationen Verletzungen und Narkosen

Bitte geben Sie Operationen oder größere Verletzungen an.

Jahr	Art und betroffene Körperregion	Grund	Narkose

Bluttransfusionen: nein · ja wann/wie häufig / Grund / Reaktionen _____

Blut- oder Plasmaspenden: Blut · Plasma · wann zuletzt/wie häufig _____

Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Allergien: Wenn ja, worauf und welche Beschwerden treten auf? _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: Laktose · Fruktose · Gluten · Histamin · Sorbit · andere _____

Welche Beschwerden treten dabei auf?_____

Durchgeführte Allergie- oder Unverträglichkeitstests und Ergebnisse _____

Impfungen und medizinische Hilfsmittel

Sind Sie entsprechend den offiziellen Empfehlungen geimpft? ja · teilweise · nein

Gab es Reaktionen? Wenn ja, welche und auf welche Impfung?

_____

Medizinische Hilfsmittel: Brille · Kontaktlinsen · Hörgerät · Herzschrittmacher · Einlagen · Kompressionsstrümpfe · Orthese · sonstige_____

Wundheilung: schnell · langsam · starke Narbenbildung · häufig entzündet · schnelle blaue Flecken

Allgemeine Anamnese

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? Bitte Zutreffendes markieren und Beginn bzw. Diagnose ergänzen.

Erkrankung	seit/Diagnose	Erkrankung	seit/Diagnose
Erhöhte Blutfette/ Cholesterinwerte		Nierenerkrankungen /Gicht	
Lebererkrankungen/ erhöhte Leberwerte		Diabetes mellitus Typ 1/2	
Depressionen/ psychische Erkrankungen		Sonstige Blut- oder Stoffwechselerkrankungen / HPU	
Krebserkrankungen/ Tumore		Sonstige diagnostizierte Erkrankungen	
Gerinnungsstörungen		Autoimmunerkrankungen	

Beschwerden nach Körperbereichen

Bitte Zutreffendes einkreisen oder unterstreichen und die Zeile darunter nur bei Bedarf ergänzen.

Kopf, Nervensystem und Psyche

Kopfschmerzen · Migräne · Schwindel · Benommenheit · Taubheitsgefühle · Kribbeln · Zittern · Zuckungen · Ängste · Konzentrationsschwierigkeiten · Gedächtnisstörungen · innere Unruhe · depressive Stimmung · Reizbarkeit · Traurigkeit · Stimmungsschwankungen · Gedankenkreisen · Grübeln · Schwierigkeiten abzuschalten · Nervosität · Ängste · Panikattacken

---

Augen und Ohren

Kurzsichtigkeit · Weitsichtigkeit · trockene Augen · Bindehautentzündungen · Grauer Star · Makuladegeneration · Nachtblindheit · Tinnitus · Schwerhörigkeit · häufige Ohrentzündungen

---

Nase, Hals und Mandeln

häufig verstopfte Nase · behinderte Nasenatmung · Nasennebenhöhlenentzündungen · häufige Hals-/Mandelentzündungen · Mandeloperation · Polypen · Polypenoperation · Heiserkeit · Schluckbeschwerden

---

Zähne, Kiefer und Mund

Zahnfüllmaterialien: Amalgam · Kunststoff · Gold · Keramik · sonstige _____

Amalgam entfernt · Amalgamausleitung · wurzelbehandelte Zähne · Weisheitszähne entfernt · Zahnfleischbluten · Parodontitis · Kiefergelenkbeschwerden · Zähneknirschen · Aphthen/Entzündungen · Mundtrockenheit · Mundgeruch · unangenehmer Geschmack · vermehrt Karies · Zungenbrennen · Zungenbelag

---

Herz, Kreislauf und Atmung

Üblicher Blutdruck _____ mmHg

Bluthochdruck/Hypertonie · niedriger Blutdruck/Hypotonie · Herzklopfen · Herzrasen · Herzrhythmusstörungen · Stechen/Druck in der Brust · Beklemmung · Kreislaufbeschwerden · Luftnot · Husten · Krampfadern · Venenentzündungen · geschwollene Beine · Gefäßerkrankungen · Schlaganfall · Asthma · chron. Bronchitis · COPD · andere:

Haut, Haare und Nägel

trockene Haut · fettige Haut · Juckreiz · Ausschläge · Ekzeme · Neurodermitis · Schuppenflechte · Warzen · Pilzerkrankungen · Vitiligo/Weißfleckenkrankheit · Muttermale · Altersflecken · Hautkrebs · sonstige Pigmentstörungen · Haarausfall · kreisrunder Haarausfall · Schuppen/trockene Kopfhaut · brüchige/veränderte Nägel · Nagelbettentzündungen

---

Muskeln, Gelenke, Knochen und Bindegewebe

Muskelbeschwerden · Fibromyalgie · Gelenkbeschwerden · Sehnenbeschwerden · eingeschränkte Beweglichkeit · Muskelschwäche · häufiges Umknicken · Bindegewebsschwäche · Ödeme · Lipödem · Beckenbodenschwäche · Osteopenie · Osteoporose · Arthritis · Arthrose · rheumatische Erkrankungen · andere:

Schilddrüse und Hormonsystem

Bei bestehenden oder vermuteten Schilddrüsen- oder Hormonstörungen füllen Sie bitte **zusätzlich den Hormonkontrollbogen** aus (diesen finden Sie auf der Praxishomepage).

Unterfunktion · Überfunktion · Hashimoto · Morbus Basedow · Knoten · Vergrößerung · Operation · _____

Mögliche Begleitzeichen: trockenes/stumpfes/brüchiges Haar · Watte im Kopf/Brain Fog · aufgedunsenes Gesicht · Enge beim Schlucken · Heiserkeit · andere/ergänzendes: _____

Betreuender Arzt / Endokrinologe / Heilpraktiker _____

Aktuelle Medikamente und andere Mittel

Bitte tragen Sie Medikamente, Hormone, Nahrungsergänzungsmittel sowie pflanzliche und homöopathische Mittel ein.

Präparat	Konzentration	Dosierung	Einnahmehäufigkeit und Tageszeit	Seit wann

Familienanamnese

Familienstand / aktuelle Familiensituation _____ Kinder mit Alter _____

Welche Erkrankungen sind bei Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern bekannt? Zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Schilddrüsen- oder Autoimmunerkrankungen, Allergien, Asthma, Hauterkrankungen, psychische oder neurologische Erkrankungen, Migräne, Rheuma sowie Nieren- oder Gallensteine.

Frauenanamnese

Aktuell schwanger: nein · ja Schwangerschaftswoche _____

Aktueller Kinderwunsch / Schwangerschaft geplant : nein · ja
falls bisher unerfüllt, seit wann _____ bekannte Gründe / bisherige Abklärung _____

Schwangerschaften _____ Geburten _____ Fehlgeburten _____ Abbrüche _____

Auffälligkeiten während der Schwangerschaft: starke Übelkeit – Dauer von _____bis ___SSW · Blutungen · Frühwehen · Schwangerschaftsdiabetes · erhöhter Blutdruck · Medikamente · Infektionen · sonstige_____

Art der Geburt: Spontangeburt · Frühgeburt · Sturzgeburt · Kaiserschnitt · Einleitung · Saugglocke · Zange · Mehrlingsgeburt · Dammschnitt · Wochenbettdepression · _____

Schmerzbehandlung: keine · PDA · Lachgas · sonstige _____ Gestillt: nein · ja wie lange? _____

Menstruation

Erste Menstruation mit ___ Jahren · letzte Menstruation _____

Zyklus: regelmäßig · unregelmäßig · keine Blutung mehr · Zykluslänge ____ Tage · Blutungsdauer _____ Tage

Blutungsstärke sehr schwach 1 2 3 4 5 stark Blutungsfarbe hellrot 1 2 3 4 5 dunkelrot

Klümpchen · Zwischenblutungen · Ausfluss Beschaffenheit _____

Beschwerden vor der Menstruation

Beschwerden während der Menstruation

Beschwerden nach der Menstruation

Beschwerden beim Eisprung

Bestehen oder bestanden: Eierstockentzündungen · Zysten · Myome · Endometriose · Ausschabungen · Beckenbodenbeschwerden · Tumorerkrankungen · Gebärmuttersenkung · operative Gebärmutterfixierung · klimakterische Beschwerden · Scheidentrockenheit

Wenn ja – wann bzw. welche Beschwerden?

Hormone und Verhütung

Antibabypille · Hormonspirale · Kupferspirale · Hormonersatztherapie · Kinderwunschbehandlung · _____

Präparat/Mittel _____ wie lange? _____ letzte Einnahme/Anwendung _____

Männeranamnese

Prostatavergrößerung · Prostataentzündung · schwacher Harnstrahl · häufiges nächtliches Wasserlassen · Brennen/Schmerzen beim Wasserlassen · Fertilitätsstörungen

---

Sexualität

Verlangen vermindert · Verlangen verstärkt · wechselnd · unbefriedigte Sexualität · Lustlosigkeit · Beschwerden beim Geschlechtsverkehr_____

Stress und Entspannung

Aktuelles Stressniveau von 1 bis 10: ____

Was würden Sie derzeit als Hauptbelastung in Ihrem Leben bezeichnen und wie beeinträchtigt Sie das?

Was tun Sie für Ihre Entspannung und wie viel Zeit nehmen Sie sich dafür?

Schlaf

Schlafenszeit _____ Uhr · Aufstehzeit _____ Uhr · Schlafdauer _____ Stunden

Schlaf: tief/erholsam · leicht · unruhig · oberflächlich · nicht erholsam · wechselnd

Einschlafschwierigkeiten · häufiges Erwachen · frühes Erwachen · Gedankenkreisen · unruhige/wiederkehrende Träume · Zähneknirschen · unruhige Beine · Herzrasen · Nachtschweiß · heiße Füße

Erwachen gewöhnlich um ____ Uhr danach wieder gut einschlafen: ja · nein · unterschiedlich

Wie fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen?

Bildschirmnutzung in der letzten Stunde vor dem Schlafen: nie · selten · häufig

Nächtliche Störungen durch Handy oder Benachrichtigungen: nein · ja

---

Allgemeine Angaben

Beruf/Tätigkeit _____ Arbeiten Sie im Schichtdienst? Wenn ja: früh · spät · Nacht · wechselnd

Mögen Sie Ihre Arbeit und fühlen Sie sich dabei wohl? ja · nein · teilweise · sonstiges_____

Belastung am Arbeitsplatz durch: Chemikalien · Lösungsmittel · Dämpfe · Staub · sonstiges_____

Haustiere / regelmäßiger Tierkontakt: _____

Feuchtigkeits- oder Schimmelprobleme in Wohnung oder Arbeitsplatz: ja · nein

Wenn ja – wo, seit wann und in welchem Umfang? _____

Wurde das Problem fachgerecht beseitigt? ja · nein · teilweise _____

Durchschnittliche Bildschirmzeit privat + beruflich pro Tag: Fernseher ___ Std. PC ___ Std. Tablet ___ Std. Handy ___ Std.

Bitte die tatsächliche Bildschirmzeit am Handy nachsehen.

Bewegung und Rauchen

Sport/regelmäßige Bewegung:

Art _____ Häufigkeit ____pro Woche · Dauer _____ · seit wann? _____

Art _____ Häufigkeit ____pro Woche · Dauer _____ · seit wann? _____

Wieviele Stunden sitzten Sie pro Tag: _____ Machen Sie Dehnübungen/Gymnastik nein · ja, wie oft _____

Rauchen: nein · ja · früher Menge/seit wann _____

Konsumieren Sie andere Substanzen? Wenn ja – welche und wie häufig? _____

Ernährung und Essgewohnheiten

Körpergröße _____ cm aktuelles Gewicht _____ kg Wohlfühlgewicht _____ kg
Gewichtsveränderung in den letzten sechs Monaten um _____ kg: Zunahme · Abnahme · beabsichtigt · unbeabsichtigt

Ernährungsweise: Mischkost · vegetarisch · vegan · fettarm · kalorienreduziert · ballaststoffreich · kohlenhydratarm · glutenfrei · histaminarm · andere Diät _____
Welche Diäten oder Ernährungsformen haben Sie bisher ausprobiert und mit welchem Erfolg?

_____

Regelmäßige Mahlzeiten: ja · nein · wechselnd · Anzahl pro Tag _____
Appetit: normal · vermindert · gesteigert · wechselnd
Durst: normal · stark · gering · Getränke bevorzugt: kalt · zimmerwarm · warm · heiß

Nehmen Sie leicht zu, wenn Sie mit dem Essen nicht aufpassen? ja · nein
Unter Dauerstress: Gewichtszunahme · Gewichtsabnahme · keine Veränderung

Denken Sie, dass eine individuell auf Ihren Stoffwechsel abgestimmte Ernährung Sie beim Erreichen Ihrer Ziele unterstützen könnte? ja · nein · vielleicht
Warum?_____

Typischer Ernährungstag

Frühstück	
Vormittag/Snack	
Mittagessen	
Nachmittag/Snack	
Abendessen	
späte Mahlzeiten/Snacks	

Bevorzugt: warm · kalt · süß · salzig · sauer · bitter · scharf · stark gewürzt · schwer/fettreich · trocken · saftig/flüssigkeitsreich
Heißhunger oder starkes Verlangen: Wann und worauf? _____
Abneigungen / Welche Lebensmittel essen Sie gar nicht? _____
Müdigkeit /Trägheit nach dem Essen: ja, meistens · nein · nur nach üppigen Mahlzeiten · nach _____

Durchschnittlicher Verzehr

Lebensmittel	Menge/Häufigkeit	Lebensmittel	Menge/Häufigkeit
Fleisch		Geflügel	
Fisch		Eier	
Käse/Milchprodukte		Hülsenfrüchte/Soja	
Gemüse		Rohkost/Salat	
Obst		Kartoffeln/Reis	
Nudeln/Mehlspeisen		Weißbrot	
Vollkornbrot		Fast Food/Fertiggerichte	
Lightprodukte		Kuchen/süßes Gebäck	
Schokolade/Süßigkeiten		Zucker pro Tag/Woche	

Getränke

Getränk	Menge pro Tag	Getränk	Menge pro Tag
Stilles Wasser		Säfte/Limonaden/Schorlen	
Kohlensäurehaltige Getränke		Kaffee	
Milch		Schwarztee/Grüntee/Matcha	
Pflanzliche Milchalternativen		Bier/Wein/Spirituosen pro Woche	

Süßstoffe/Zuckerersatzstoffe: nein · ja welche/wie häufig _____

Verdauung und Stuhlgang

Blähungen · Völlegefühl · Aufstoßen · Sodbrennen · Magenschmerzen · Übelkeit · Appetitlosigkeit · Fettunverträglichkeit · Reizdarmsyndrom · Pilzinfektionen

---

Stuhlgang ___ Mal täglich / ___ Mal wöchentlich regelmäßig · unregelmäßig · Verstopfung · Durchfall · wechselnd

Konsistenz: normal · hart · knollig · weich · breiig · schmierig · wässrig

Aussehen: normal braun · sehr hell · gelb · dunkel · schwarz · blutig · schleimig · unverdaute Nahrungsreste

Hämorrhoiden: akut · chronisch · gelegentlich

Blase und Urin

Brennen beim Wasserlassen · Schmerzen · ungewollter Urinverlust/Inkontinenz · geringe Urinmenge · große Urinmenge

---

Temperatur Wetter und Schwitzen

Temperaturempfinden: kälteempfindlich · normal · eher warm/heiß · wechselnd Zugluft: gut · schlecht · unterschiedlich

Beschwerden bei: Kälte · Hitze · feuchtem Wetter · trockenem Wetter · Nebel · Wind/Sturm · Wetterwechsel · starker Sonne

---

Schlechteste Jahreszeit und warum _____ Infekte durchschnittlich _____ Mal/Jahr

Schwitzen: vermindert · verstärkt · kaltschweißig · geruchsbildend · Hitzewallungen · emotional bedingt · bei geistiger Anstrengung

Besonders an: Kopf/Stirn · Nacken · Brust · Rücken · Achseln · Hände · Füße · gesamter Körper

Nachtschweiß: nein · ja wenn ja, seit wann? _____ Kleidungs-/Bettwäschewechsel: nein · ja

Fiebergefühl/erhöhte Temperatur: nein · ja wenn ja, wann? _____

Wie ertragen Sie geschlossene Kragen, Gürtel oder enganliegende Kleidung? gut · schlecht · _____

Motivation und Umsetzbarkeit

Wie hoch ist Ihre Motivation, Ihr Ziel oder Ihre Ziele zu erreichen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern? ja · nein · vielleicht

Sind Sie bereit, Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern? ja · nein · vielleicht

Sind Sie bereit, regelmäßig Bewegung und Sport in Ihr Leben einzubauen? ja · nein · vielleicht

Wie häufig können Sie dafür realistisch Zeit einplanen? 1× pro Woche · 2× pro Woche · 3× oder häufiger · derzeit nicht

Wie lange denken Sie, braucht es, um Ihre Ziele und Wünsche zu erreichen?

Was denken Sie, könnte Sie davon abhalten?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für den Fragebogen genommen haben.
Damit sind Sie Ihren persönlichen Gesundheitszielen bereits einen ersten Schritt näher.
Ich freue mich darauf, Sie persönlich kennenzulernen!

Naturheilkunst Lotus
Heilpraktikerin Valentina Borowez