



Bitte füllen Sie den Bogen direkt am Rechner aus und bringen Sie ihn ausgedruckt mit oder senden Sie ihn vorab zurück.

PATIENTENDATEN

Datum:		Krankenkasse:	
Name:		Zusatzversicherung:	
Vorname:		Beruf:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Geschlecht:	☐ m ☐ w ☐ d		
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	
Familienstand:		Schwangerschaft (SSW):	

HAUPTBESCHWERDEN

Was führt Sie zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Symptomintensität jetzt (1–10):

im schlimmsten Fall (1–10):

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Bekannte Diagnosen

Operationen (mit Jahr)

Krankenhausaufenthalte



AKTUELLE MEDIKATION

Verschreibungspflichtige Medikamente

Nahrungsergänzungsmittel

BESCHWERDEN IM ÜBERBLICK

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.

ENERGIELEVEL & SCHLAF

- | | |
|---|--|
| ☐ Chronische Müdigkeit/Erschöpfung | ☐ Häufiges nächtliches Erwachen |
| ☐ Energietief am Nachmittag | ☐ Unruhiger Schlaf/nicht erholsam |
| ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen | ☐ Schnarchen/Atemaussetzer |

IMMUNSYSTEM & ENTZÜNDUNG

- | | |
|---|--|
| ☐ Häufige Infekte | ☐ Gelenkschmerzen/Steifigkeit |
| ☐ Allergien (Nahrung/Umwelt) | ☐ Muskelschmerzen |
| ☐ Autoimmunerkrankungen | ☐ Kopfschmerzen/Migräne |
| ☐ Hautprobleme (Ekzeme, Akne, Psoriasis) | |

HORMONELLES SYSTEM

- | | |
|--|--|
| ☐ Gewichtszunahme/-abnahme | ☐ Trockene Haut/Haare |
| ☐ Schwierigkeiten beim Abnehmen | ☐ Libidoverlust |
| ☐ Kälte-/Wärmeunverträglichkeit | ☐ PMS/Menstruationsprobleme |
| ☐ Haarausfall | ☐ Wechseljahresbeschwerden |

VERDAUUNGSSYSTEM

- | | |
|---|---|
| ☐ Blähungen/Völlegefühl | ☐ Wechsel zwischen Durchfall/Verstopfung |
| ☐ Bauchschmerzen/Krämpfe | ☐ Sodbrennen/Reflux |
| ☐ Durchfall | ☐ Übelkeit |
| ☐ Verstopfung | ☐ Starke Heißhungerattacken |

HERZ-KREISLAUF

- | | |
|--|---|
| ☐ Herzklopfen/Herzrasen | ☐ Schwindel |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Kalte Hände/Füße |
| ☐ Niedriger Blutdruck | |

NEUROLOGISCHES & PSYCHISCHES



- | | |
|--|---|
| ☐ Konzentrationsschwierigkeiten | ☐ Depressive Verstimmungen |
| ☐ Gedächtnisprobleme | ☐ Angst/Panikattacken |
| ☐ „Brain Fog“ (Benommenheit) | ☐ Reizbarkeit |
| ☐ Stimmungsschwankungen | ☐ Nervosität/Unruhe |

ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

Medikamentenallergien

Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten

Umweltallergien

FAMILIENANAMNESE

Erbliche Belastungen bei Eltern, Geschwistern oder Großeltern

- | | |
|--|---|
| ☐ Diabetes Typ 1 | ☐ Depressionen/psychiatrische Erkrankungen |
| ☐ Diabetes Typ 2 | ☐ Alzheimer/Demenz |
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen | ☐ Osteoporose |
| ☐ Autoimmunerkrankungen | ☐ Allergien/Asthma |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | |
| ☐ Krebs – welcher? | <input type="text"/> |

Weitere familiäre Erkrankungen oder Anmerkungen

LEBENSSTIL – ERNÄHRUNG

Beschreiben Sie Ihre typische Ernährung

Mahlzeiten pro Tag: ☐ 1–2x täglich ☐ 3x täglich ☐ mehr als 3x ☐ unregelmäßig

Besondere Ernährungsform: ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Paleo ☐ Keto ☐ Glutenfrei ☐ Laktosefrei

FLÜSSIGKEITSAUFNAHME PRO TAG

Wasser (Liter):

Kaffee (Tassen):

Alkohol (Gläser/Woche):

Sonstige Getränke:



PROBLEMATISCHE GEWOHNHEITEN

☐ Übermäßiger Zuckerkonsum ☐ Fast Food/Fertiggerichte häufig ☐ Essen bei Stress/Emotionen

☐ Rauchen – Zigaretten pro Tag:

LEBENSSTIL – BEWEGUNG & BERUF

Sportliche Aktivität: ☐ Keine ☐ 1–2x/Woche ☐ 3–4x/Woche ☐ Täglich

Art der Bewegung

Berufliche Tätigkeit:

☐ Überwiegend sitzend ☐ Überwiegend stehend ☐ Körperlich anstrengend

STRESS & PSYCHOSOZIALES

Aktuelles Stresslevel (1–10):

Schlafdauer (Stunden):

Hauptstressquellen: ☐ Beruf ☐ Familie ☐ Finanzen ☐ Gesundheit ☐ Beziehungen

Stressbewältigung: ☐ Sport ☐ Meditation ☐ Yoga ☐ Hobbys ☐ Soziale Kontakte

☐ Keine bewusste Bewältigung

Zu Bett gehen um:

Aufstehen um:

UMWELTFAKTOREN

Wohnsituation: ☐ Stadt ☐ Land ☐ Neubau ☐ Altbau ☐ Schimmelp Probleme bekannt

Berufliche Exposition: ☐ Chemikalien ☐ Staub ☐ Lärm ☐ Bildschirmarbeit über 6 h/Tag

Zahnmedizin: ☐ Amalgamfüllungen ☐ Wurzelbehandlungen ☐ Implantate ☐ Häufige Zahnprobleme

Auto: ☐ neu ☐ älter

FRAUENGESUNDHEIT

Nur ausfüllen, soweit es auf Sie zutrifft.

Zykluslänge (Tage):

Regelmäßigkeit: ☐ Regelmäßig ☐ Unregelmäßig

Menstruationsbeschwerden: ☐ Starke Schmerzen ☐ Starke Blutung ☐ PMS ☐ Stimmungsschwankungen

Hormonelle Verhütung: ☐ Pille ☐ Spirale

Schwangerschaften:

Geburten:

Fehlgeburten:

Wechseljahre: ☐ Vor ☐ In ☐ Nach den Wechseljahren



Schwangerschaftskomplikationen

LABORWERTE & UNTERSUCHUNGEN

Letzte Laboruntersuchungen bitte, falls vorhanden, mit einreichen.

Datum der letzten Blutuntersuchung:

ERWARTUNGEN

Wie bereit sind Sie, Ihren Lebensstil zu ändern? (1–10)

Bereiche, in denen Sie Veränderungen vornehmen könnten:

☐ Ernährung

☐ Stressmanagement

☐ Nahrungsergänzung

☐ Bewegung

☐ Schlafgewohnheiten

☐ Umweltfaktoren

Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL – ZWEI TYPISCHE TAGE

TAG 1

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

TAG 2

Morgens:

Vormittags:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

BESTÄTIGUNG

Ort:

Datum:

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Therapeutin

Dieser Anamnesebogen dient der ganzheitlichen Erfassung Ihrer Gesundheitssituation im Sinne der funktionellen Medizin. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich therapeutischen Zwecken.