



BETTINA KÖPPEN
HEILPRAKTIKERIN
Raabestraße 13
10405 Berlin
Telefon: 030.28 701 391
Mobil: 0177.590 69 76

Anamnese Fragebogen

Name:	Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Geburtstag:	Familienstand:
Kinder:	Beruf:
Telefon:	E-Mail:

Gibt es aktuelle Beschwerden oder Auffälligkeiten?

Haben Sie Vorerkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Tumore, HIV, Asthma, COPD....)

Haben Sie Beschwerden oder gibt es Auffälligkeiten in folgenden Bereichen?

Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, Pollen/Gräser, Tierhaare....)

Kopfschmerzen (z.B. häufig, selten, Migräne...)

Haare (z.B. Haarausfall, seit wann...)



Augen (z.B. Grauer Star, Glaukom, Entzündungen, Macula-Degeneration...)

Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz...)

Zähne / Kiefer (z.B. Zahnfüllmaterialien, Implantate, Zähneknirschen, tote Zähne, Weisheitszähne....)

Nase (z.B. Sinusitis, behinderte Nasenatmung, Polypen, Operationen.....)

Mandeln (z.B. Operation, häufige Entzündungen als Kind/heute....)

Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, Operationen)

Herz (z.B. Druckgefühl, Beklemmungen, Rhythmusstörungen, Herzrasen....)

Lunge (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Lungenentzündung...)

Leber (z.B. Fettleber, Hepatitis, Gerinnungsstörung...)

Galle (z.B. Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettstoffwechsel...)



Magen (z.B. Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Entzündung, Geschwür...)

Niere (z.B. Nierensteine, Blasensteine, Entzündungen, häufiger Harndrang, Farbe, Menge, Geruch....)

Darm (z.B. Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Infektionen, Darmspiegelung, Blähungen, Koliken...)

Stuhlgang (z.B. wie oft, Konsistenz, Menge, Geruch, Farbe...)

Arme (z.B. Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände...)

Beine (z.B. Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, kalte Füße, Taubheitsgefühl, Kribbeln...)

Rücken (z.B. Beweglichkeit, Verspannungen, Operationen...)

Haut (z.B. Verbrennungen, Geschwüre, Jucken, Ausschlag, Warzen, Psoriasis, Neurodermitis...)

Narben (z.B. Operationsnarben, Verbrennungsnarben, Unfallnarben, wann, wo...)

Gynäkologie (z.B. Geburten, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten....)



Menstruation (z.B. Zyklus lang/kurz/unregelmäßig, Blutung stark/gering/zu lang, Zwischenblutung, Stimmungsschwankungen...)

--

erste Menstruation	
letzte Menstruation	
Hormonelle Verhütungsmittel	
Hormontherapie	
Wechseljahresbeschwerden	

Prostata (z.B. vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen...)

--

Schlaf (z.B. Schlaflosigkeit, Schwierigkeiten beim Einschlafen/Durchschlafen, Nachtschweiß...)

--

Blut (z.B. auffällige Blutwerte...)

--

Impfungen (z.B. welche Impfungen und Auffrischungsimpfungen, Impfreaktionen...)

--

Infektionskrankheiten (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Kinderlähmung, Tetanus, Malaria, Ruhr, Salmonellose, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten...)

--

Familie (z.B. Krebs, Tuberkulose, Herz- und Gefäßerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Diabetes, Demenz...)

--



Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht	
Körpergröße	
Medikamente	
Nahrungsergänzungen	

Nikotinkonsum	Alkoholkonsum	Sport
nein	nein	nein
gelegentlich	gelegentlich	gelegentlich
regelmäßig	regelmäßig	regelmäßig

Ernährung

Alles	
Vegetarisch	
Vegan	
Glutenfrei	
Vegan und glutenfrei	
Rohkost	
Vegane Rohkost	



Chronologie der Krankengeschichte

(Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift