



NATURHEILPRAXIS UND BIOLOGISCHE MEDIZIN
VEDISCHES COACHING
BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Heilpraktikerin Sigrid Wiedemann
Telefon +49 (0)176 323 41 266
e-mail info@naturheilpraxis-wiedemann.de
info@ved-coaching.de

Anamnesebogen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Heutiges Datum _____

Was führt Sie zu mir? _____

Kinderkrankheiten

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> |

Frühere/aktuelle Erkrankungen

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Zysten, Myome |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Blasen-/Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Gelenken | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Polyarthrit | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | | |
- Krankenhausaufenthalte Operationen Auslandsaufenthalte

Erbkrankheiten, Infektionen, Krankheiten mit familiärer Häufigkeit

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Steinleiden |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> sonstige |

Allgemeine Anamnese

- Urin** dunkel, wenig gelb, brennen weiß, trübe, viel
Appetit schwankend stark 11:00/17:00 Uhr
Durst gering/wechselhaft ausgeprägt wenig
Gewicht gering mittel, schwankend zunehmend
Geschmack süß/sauer/salzig süß/bitter scharf

Gynäkologische Anamnese bei Patientinnen Hormontherapie

Monatsblutung: regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig Menopause, seit _____

1. Regel mit _____ Zyklusdauer _____ Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten/Aborte _____ Pille/Spirale nein ja, seit _____ welche _____

Schwangerschaftserkrankungen: Pyelonephritis Diabetes Lymphstau Krampfadern

Medikamente – bitte tragen Sie Ihre momentane Medikamenteneinnahme im nachfolgenden Medikamentenplan ein:

- Schmerztabletten Beruhigungstabletten Schlafmittel Laxantien Psychopharmaka

Medikamentenname	Dosis	Einnahme seit (z.B. 2001..)

sonstige Beschwerden _____

bisherige Therapien _____