



Naturheilpraxis BioMed  
— Ganzheitliche Medizin —

## Anamnesebogen

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken Sie ihn mir VOR Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu. Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Ihren Impfausweis und die Ergebnisse der letzten Blutuntersuchung mit.**

Vielen Dank!

*Ihre Naturheilpraxis BioMed - Simone Kazmierczak*

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

- 
1. Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann leiden Sie unter diesen?  
Bitte schwerpunktmäßig auführen:

- 
2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, Zahnbehandlung u./o. Amalgamentfernung etc.?

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:**

- |  |                                    |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern          | <input type="checkbox"/> Röteln    | <input type="checkbox"/> Windpocken  |
| <input type="checkbox"/> Mumps           | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                    |                                      |
- 

**4. Hatten Sie Operationen an einem der folgenden Organe? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mandeln         | <input type="checkbox"/> Ohr         | <input type="checkbox"/> Nieren          |
| <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen    | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Darm            |
| <input type="checkbox"/> Stirnhöhlen     | <input type="checkbox"/> Magen       | <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |                                      |  |
- 

**5. Sonstige Narben?**

---

**6. Welche Allergien liegen vor? Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                             | <input type="checkbox"/> Milben     | <input type="checkbox"/> Metalle                           |
| <input type="checkbox"/> Pollen                                   | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Hausstaub                         |
| <input type="checkbox"/> Lidocain/Procain                         | <input type="checkbox"/> Tierhaare  | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel - bitte nennen: _____     |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien - bitte nennen: _____ |                                     |  |
- 

**7. Familienvorgeschichte - bitte ankreuzen u. ggf. Vermerk ob Mutter, Vater, Geschwister:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Neurodermitis    |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt     | <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte  |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten  | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebs            |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |  |   |
- 

**8. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

---

**9. Welche Vitalstoffe/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?**

## 10. Zu Ihrer Person:

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? \_\_\_\_\_

Wieviel und was trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wieviel und welchen Alkohol? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? \_\_\_\_\_

Was essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_

Lehnen Sie bestimmte Nahrungsmittel ab? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

Ein- und/oder Durchschlafstörungen?  Unruhe

Häufiges Erwachen? Wann? \_\_\_\_\_

Nachtschweiß

Durchschnittliche Schlafdauer

Schwächegefühl nach Schlaf

---

## 11. Welche Leiden bzw. Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?

Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. zeitliche Angabe:

### KOPF:

Kopfschmerzen  selten  häufig  einseitig (rechts - links?)

Migräne  selten  häufig  einseitig (rechts - links?)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### AUGEN:

Sehschwäche  Makuladegeneration

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### OHREN:

Tinnitus  Hörsturz

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### NASE:

behinderte Nasenatmung  nachts verstopft

Nase tropft  selten  häufig

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### ZÄHNE:

häufig Karies  Implantate  Wurzelbehandelte Zähne

Weisheitszähne  vorhanden  entfernt

Amalgam  vorhanden  entfernt

Zahnsanierung Welche Zahnfüllmaterialien wurden verwendet?

Kunststoffe  Gold  Palladium  Amalgam  Keramik

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**HALS:**

- Halsentzündungen  Kehlkopf- u./o. Stimmbandentzündungen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**HERZ - KREISLAUF:**

- Bluthochdruck  Herzinfarkt  Herzrhythmusveränderungen  
 Herzschmerzen  Herzmuskelveränderungen  
 Schlaganfall  Durchblutungsstörungen  
 Krampfadern  Venenentzündungen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**LUNGEN:**

- Lungenentzündung  Asthma  
 Tuberkulose  chronischer Husten/Hüsteln  
 Atemnot  chronische Bronchitis  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**MAGEN - DARM:**

- Völlegefühl  Sodbrennen  Appetitlosigkeit  Magengeschwür  
 häufiges Erbrechen  Durchfälle  Blähungen  Krämpfe  
 Verstopfung  Hämorrhoiden  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**LEBER - GALLENBLASE:**

- Fettleber  Steine  Hepatitis  akut  chronisch  
 Druckschmerzen/Koliken  Fettunverträglichkeit  
 Toxische Entzündung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**NIEREN - BLASE - PROSTATA:**

- Entzündungen  Inkontinenz  
 Steine  Prostataleiden  
 häufiger Harndrang  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**GYNÄKOLOGISCHER BEREICH:**

- Zyklusstörungen  Sterilität  Zysten/Myome  
 Geburten Anzahl \_\_\_\_\_  normal  operativ  
 Fehlgeburten  Abtreibungen  
 Hormonbehandlungen  Pille/Spirale  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**HORMONELLE STÖRUNGEN:**

- Nebenniere  Bauchspeicheldrüse (Diabetes)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**MUSKELN - SKELETT:**

- Schmerzen  Skoliose  
 Blockierungen  HWS  BWS  LWS  ISG  
 Verspannungen  Gelenkerkrankungen  
 chronische Erkrankungen (z.B. Rheuma, Fibromyalgie,...)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**HAUT:**

- Bindegeweibsschwäche
- Hautkrankheiten     Hautjucken
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN:**

- Nervenstörungen     sensibel     motorisch
- Multiple Sklerose     Demenz
- Krämpfe     Morbus Alzheimer
- Taubheitsgeföhl
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**VEGETATIVES NERVENSYSTEM - PSYCHE:**

- Schwindel     Wetterföhligkeit
- Allgemeine Nervosität     Vergesslichkeit
- Leichte Ermüdbarkeit     Konzentrationsschwäche
- Schwächegeföhl     Feuchte Hände/Füße
- Psychische Störungen     Angstzustände
- Panikattacken     Depressionen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**12. Allgemeines Empfinden:**

Bewerten Sie die folgenden Fragen mit einer Wertungsskala von 1 - 10  
(1 = sehr gut oder stimme voll zu oder 10 sehr schlecht, stimme ich nicht zu)

- Wie empfinden Sie Ihre Vitalität und Leistungsfähigkeit?
- Wie ist Ihre Konzentration?
- Stresslevel?
- Wie empfinden Sie das Verhältnis zu:
  - Ihrer Arbeit?
  - Ihren Eltern?
  - Ihrem Partner?
  - Ihren Kindern?
  - Ihrem sozialen Umfeld z.B. Kollegen, Freunden etc.?
- Wie gut können Sie entspannen?
- Wie zufrieden sind sie mit sich?

**13. Umweltbelastungen - Geopathische Belastungen - Elektrosmog:**

Befinden sich in Ihrem Wohn- und/oder Arbeitsumfeld (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- viel befahrene Straßen - Autobahnen
- ein Flugplatz
- Industrieanlagen
- landwirtschaftliche Nutzflächen
- Funkmasten - Hochspannungsleitungen - Bahnstrom

- Schnurlose Telefone - WLAN
- Elektrische Standby-Geräte (elektrische Zahnbürsten, Fernseher, PC, ...)
- Funkwecker
- Wasserbetten
- Mikrowelle
- Flüsse - Bäche - Seen
- Schimmelpilzbelastungen
- Antiquitäten - Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Raucher

Arbeiten Sie mit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Lösungs- Reinigungs- Desinfektionsmitteln
- Farben, Lacken, Klebern
- Metallen
- Industrie- und anderen Abgasen

---

**14. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst um Ihre Gesundheit zu erhalten?**

---

**15. Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr Ziel?**

---

---

**Datum, Unterschrift**