



## Anamnese-Fragebogen für Ihre Behandlung

Dieser Fragebogen erleichtert das erste Behandlungsgespräch. Er dient dazu, das Erstgespräch möglichst effizient durchführen zu können und Zeit für Ihre Anliegen zu haben. Ich bitte Sie daher, alles anzukreuzen, das für Sie zutrifft.

Alles andere können Sie unberücksichtigt lassen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Bitte hier ein Foto einkleben

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Datum Erstgespräch \_\_\_\_\_

---

Bitte senden Sie den ausgefüllten Anamnesebogen einige Tage vor Ihrem ersten Termin am besten per Email an mich, damit ich gut vorbereitet die Erstanamnese durchführen kann:

**Naturheilpraxis Dr. Claudia Röhl-Bolz**

Kaiserstr. 82

76133 Karlsruhe

Email: [info@heilen-in-der-praxis.de](mailto:info@heilen-in-der-praxis.de)

Tel. 0721-9631 8378

---

**Was sind in Stichpunkten Ihre Beschwerden?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wie lautet die klinische Diagnose?**

---

**An welchen Organen hat sich Ihre Krankheit manifestiert?**

---

**Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen?**

---

**Versuchen Sie sich zu erinnern, ob 1-2 Jahre davor in Ihrem Leben Gravierendes passiert ist:**

---

---

---

---

---

---

---

## Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

---

## Welche Salben wenden Sie äußerlich an? (bei Hauterkrankungen)

---

### Zu Ihrer Vorgeschichte:

Hatten Sie einmal eine Blasenentzündung? Ja  oft  einmal

Hatten Sie Windpocken  Mumps  Diphtherie  Scharlach  Röteln

Hatten Sie als Kind: geschwollene Drüsen  Kopfgrind/Milchschorf  schorfige Ekzeme

Hatten Sie: Geschwüre  Furunkel  Fisteln  Abszesse

Wo am Körper \_\_\_\_\_

---

### Hatten Sie im Laufe Ihres Lebens einmal oder mehrmals

Morgens verklebte Augen  Fischig riechenden Ausfluss  Einseitige Knieschmerzen

Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben:

Kopfschmerzen einseitig  beidseitig  Haarausfall  Zahnprobleme  Herzprobleme

Schilddrüsenprobleme  Gallenprobleme  Gelenkprobleme  Knochenbruch

Venenstaus/Krampfadern  Ausfluss weiß  gelb  grünlich  braun  nach Fisch riechend

Harnstrahl geteilt  Harnstrahl gedreht  Unfälle  Vergesslichkeit  mystische Erfahrungen

Wutanfälle  Lustlosigkeit  Impotenz  Allergien  Hautprobleme  Depressionen

### Bei Kopfschmerzen/Allergien/ Hautproblemen: Bitte beschreiben Sie die Beschwerden näher:

---

---

Schwitzen Sie leicht? Ja  Nein  Benutzen Sie ein Deo? Ja  Nein

Fiebern Sie leicht? Ja  Gar nicht

Haben Sie Antibiotika eingenommen? Oft  Manchmal  Selten

Haben Sie fiebersenkende Mittel eingenommen? Oft  selten

Haben Sie Ekzeme, Pickel mit chemischen Mitteln behandelt?

Haben Sie oft Kopfschmerzmittel eingenommen? Oft  eher selten

Haben Sie Antidepressiva/Psychopharmaka eingenommen? häufig  selten

Haben/hatten Sie Fußpilz/Nagelpilz  chemische Mittel dagegen eingesetzt

---

---

Sind Sie oft geimpft worden? Als Kind  als Erwachsener

Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate?

Ja  Nein

Ist Ihnen eher zu warm  oder zu kalt  ?

Besteht bei Ihnen eine Blutungsneigung?

Nasenbluten  Zahnfleischbluten  blaue Flecke auf der Haut  ?

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein ?

### **Wann war die letzte Impfung?**

\_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

### **Welche Operationen haben Sie wann gehabt?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

War Ihr Geruchssinn mal gestört ? War Ihr Geschmackssinn mal gestört?

Hören Sie schlecht  links  rechts  beidseitig ?

Sehen Sie schlecht  , tragen Sie eine Brille  ?

Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl  auf der Haut  in den Fingern  in den Beinen  ?

in den Füßen  sonst wo. \_\_\_\_\_

Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie ein Erlebnis mit Todesangst/Bedrohung?  Hatten Sie ein Nahtoderlebnis?

Haben Sie eine traumatische Trennung erlebt?

\_\_\_\_\_

Haben Sie einmal Existenzängste gehabt ?

Haben Sie Mobbing in Schule/ Studium/am Arbeitsplatz erlebt ?

Haben sie das Gefühl, Sie hätten beruflich etwas nicht geschafft?

Ist Ihnen mal einen jüngeren Kollegen „vor die Nase“ gesetzt worden

Haben Sie einmal eine Arbeitsstelle verloren? Ja  wann \_\_\_\_\_

Sind Sie frühzeitig gekündigt worden  Sind Sie im Ruhestand

Hatten Sie mal das Gefühl, überflüssig zu sein

---

Hatten Sie mal das Gefühl, keine Perspektive mehr im Leben zu haben

Hatten Sie mal das Gefühl „gegen Windmühlen“ zu kämpfen ?

Leben Sie eine Beziehung Mann-Frau  erfüllt  unerfüllt  problematisch

Leben Sie lieber alleine  Haben Sie Beziehungsprobleme/gehabt ?

Leben Sie eine Beziehung Mann-Mann  Frau-Frau

Hat man Ihnen einmal jemand den Mann/die Frau ausgespannt

Haben Sie Schuldgefühle  Hatten Sie schon mal das Gefühl, etwas für andere zu tragen

Hatten Sie schon mal das Gefühl, an Ihnen „klebt“ etwas

Hatten Sie schon mal oder mehrfach das Gefühl von Elend  Haben Sie den Eindruck, in Ihrer Familie gab es viel Elend  ?

Haben Sie oder Ihre Eltern (ein Elternteil) sich aus kleinen/ärmlichen Verhältnissen empor gearbeitet .  
Sind Sie sehr arbeitsam ?

Neigen Sie dazu, mehr zu arbeiten als sich Pausen zu gönnen   
Fühlen Sie sich immer wieder für andere verantwortlich ?

## **Für Frauen:**

Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Periode? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? Ja  Nein  Zyklusdauer: \_\_\_\_\_ Tage

Haben Sie prämenstruelle Beschwerden? Ja  Nein

Welcher Art? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert Ihre Monatsblutung? \_\_\_\_\_ Tage

Haben Sie Schmerzen bei der Periode? Ja  Nein

Welcher Art? \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen im Zusammenhang mit der Periode? Ja  Nein

Haben/Hatten Sie Zwischenblutungen? Ja  Nein

Ausbleiben der Periode über mehrere Monate? Ja  Nein

Schwäche der Beckenboden-Muskulatur? Ja  Nein

Operation/en am Unterleib? Ja  Nein

Wechseljahresbeschwerden? Ja  Nein

Sonstige Beschwerden?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:

Die Mutter lebt  hat Krankheit/en:

\_\_\_\_\_

Mutter wann gestorben \_\_\_\_\_ an was \_\_\_\_\_

Haben Sie die Mutter gepflegt? Ja  wie lange \_\_\_\_\_ Nein

Wurden Sie von der Mutter gestillt? Ja  Nein

Waren Sie willkommen? Ja  Nein  Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein?

Beziehung zur Mutter eng  nicht gut  schwierig

Sind Sie unehelich geboren ?

Wie war die Geburt? Normal  schwierig  Kaiserschnitt  Sturzgeburt  Steißgeburt  Hausgeburt   
im Kreißsaal  im Flüchtlingslager

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt? Ja  oft  Nein

War/ist Ihre Mutter sensibel  künstlerisch  introvertiert  schwach

War beruflich tätig  selten zuhause  cholerisch  ungerecht  laut

dominant  hat den Vater klein gemacht  Alkoholikerin

Hat Sie geschlagen  den Vater geschlagen  Geschwister geschlagen

Waren Sie die Lieblingstochter/der Lieblingssohn

Der Vater lebt  hat Krankheit(en):

\_\_\_\_\_

Vater wann gestorben \_\_\_\_\_ woran \_\_\_\_\_

Haben Sie den Vater gepflegt? Ja  wie lange \_\_\_\_\_ Nein

Beziehung zum Vater eng  nicht gut  schwierig

Die Eltern leben getrennt  sind geschieden

War Ihr Vater sensibel  künstlerisch  introvertiert  schwach

selten zuhause  cholerisch  ungerecht  laut  Alkoholiker

Hat er Sie geschlagen  Ihre Mutter geschlagen  Geschwister geschlagen

Waren Sie sein Lieblingssohn/seine Lieblingstochter ?

Krankheiten Ihrer Geschwister:

---

---

## Krankheiten der Großelterngeneration

Oma mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Gestorben an \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

Opa mütterlicherseits \_\_\_\_\_

Gestorben an \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

Oma väterlicherseits \_\_\_\_\_

Gestorben \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

Opa väterlicherseits \_\_\_\_\_

Gestorben an \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

### Welche Krankheiten sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt?

\_\_\_\_\_

### Welche Krankheiten sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt?

\_\_\_\_\_

### Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse:

Tuberkulose  Tripper  Syphilis?  Malaria?  eine Tropenkrankheit?

Wurmerkrankung  Schuppenflechte  Diabetes  Drogenkonsum  Rheuma

Alkoholismus  psychiatrische Krankheiten  Selbstmord  Missbrauch  Mord

---

Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte „Muster“ erkannt (Verhalten, Häufung von Geschehnissen wie Unfälle, früher Tod, ähnliche Krankheiten usw.)?