



# Karsten Erdfelder

Heilpraktiker

Kontaktdaten	
Name	Vorname
Straße	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort
Telefon	eMail-Adresse

## Anamnesebogen

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 sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn bereits vor Ihrem Ersttermin per Telefax (0421) 38022891, per Mail [karsten@erdfelder.de](mailto:karsten@erdfelder.de) oder auch per Post zu.

**Bitte bringen Sie zu Ihrem Ersttermin auch unbedingt alle Ihre bereits vorhandenen Vorbefunde mit (z.B. Laborbefunde, Arztbriefe, Röntgenbilder).**

Allgemeine Angaben	
Familienstand	Beruf
Arbeitgeber	
Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg
Behandelnder Hausarzt	

**Karsten Erdfelder · Heilpraktiker · Juiststraße 12 · 28217 Bremen**

Telefon (0421) 38022890 · Telefax (0421) 38022891 · Mobil (0171) 4921230 · eMail [karsten@erdfelder.de](mailto:karsten@erdfelder.de) · Internet [www.erdfelder.de](http://www.erdfelder.de)

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · IBAN DE51 3006 0601 0001 5699 61 · BIC DAAEDEDXXX

Steuernummer: 60/158/08835 (Finanzamt Bremen)



# Karsten Erdfelder

Heilpraktiker

## Krankenvorgeschichte

**Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?

**Haben Sie Ihnen bekannte chronische Vorerkrankungen?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?

**Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?**  ja  nein

Wenn ja: Welche und wann?

**Sind Ihnen Infektionserkrankungen bekannt?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?

**Gab es in der Familie schwere Erkrankungen (z. B. Krebs, Herz-Kreislauf, Diabetes)?**  ja  nein

Wenn ja: Welche und bei wem?



# Karsten Erdfelder

Heilpraktiker

## Allgemeine Lebensführung

**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja: Wieviele Zigaretten und seit wann?

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  ja  nein

Wenn ja: Wieviel und welche Sorte?

## Allgemeine Beschwerden

**Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel Gewicht verloren?**  ja  nein

Wenn ja: Wieviel und in welchem Zeitraum?

**Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel Gewicht zugenommen?**  ja  nein

Wenn ja: Wieviel und in welchem Zeitraum?

**Leiden Sie an einer Schlafstörung?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?

**Leiden Sie an Schwindel?**  ja  nein

**Haben Sie öfters Ohnmachtsanfälle?**  ja  nein

**Leiden Sie öfters an Kopfschmerzen?**  ja  nein

**Haben Sie Probleme mit den Augen?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?

**Haben Sie Probleme mit den Ohren?**  ja  nein

Wenn ja: Welche?



# Karsten Erdfelder

Heilpraktiker

<b>Haben Sie Probleme mit der Nase?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Leiden Sie öfters an Nasenbluten?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie Haarausfall?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie Probleme beim Schlucken?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Haben Sie Probleme mit der Stimme?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Haben Sie öfters Husten?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Seit wann und wie ist der Auswurf beschaffen?
<b>Leiden Sie öfters unter Atemnot?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie öfters ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie unter Rückenschmerzen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie unter Bauchschmerzen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie Beschwerden vor oder nach dem Essen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Leiden Sie unter Übelkeit und Erbrechen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie unter Sodbrennen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sind Ihnen Veränderungen des Stuhls aufgefallen (z.B. Menge oder Farbe)?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Karsten Erdfelder · Heilpraktiker · Juiststraße 12 · 28217 Bremen

Telefon (0421) 38022890 · Telefax (0421) 38022891 · Mobil (0171) 4921230 · eMail karsten@erdfelder.de · Internet www.erdfelder.de

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · IBAN DE51 3006 0601 0001 5699 61 · BIC DAAEDEDXXX

Steuernummer: 60/158/08835 (Finanzamt Bremen)



# Karsten Erdfelder

Heilpraktiker

<b>Haben Sie Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Zittern Ihre Hände manchmal?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie an Krampfadern?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Treten nachts Wadenkrämpfe auf?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Treten beim Gehen Schmerzen auf und müssen Sie Pausen machen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sind Ihre Hände oder Füße manchmal geschwollen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Sind Ihnen Veränderungen in Menge oder Farbe des Urins aufgefallen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Müssen Sie nachts häufig aufstehen um Wasser zu lassen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie an Hautveränderungen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?
<b>Leiden Sie an Juckreiz?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bekommen Sie schnell blaue Flecken?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Heilen Hautwunden schlecht ab?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leiden Sie an sonstigen Beschwerden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Welche?



# Karsten Erdfelder

Heilpraktiker

## Gynäkologische Anamnese (nur für Frauen)

Verhüten Sie?  ja  nein

Wenn ja: Wie?

Besteht aktuell eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja: Welcher Monat?

Anzahl der bisherigen Schwangerschaften?

Anzahl der bisherigen Geburten?

Gab es Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt?  ja  nein

Wenn ja: Welche?

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

In welchem Alter trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?

Wie lange dauert Ihr Zyklus?

Wie ist die Blutungsstärke?

Haben Sie Regelbeschwerden?  ja  nein

Wenn ja: Welche?

Tritt Sekret aus der Scheide?  ja  nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?  ja  nein

Wenn ja: Welche?

Karsten Erdfelder · Heilpraktiker · Juiststraße 12 · 28217 Bremen

Telefon (0421) 38022890 · Telefax (0421) 38022891 · Mobil (0171) 4921230 · eMail karsten@erdfelder.de · Internet www.erdfelder.de

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG · IBAN DE51 3006 0601 0001 5699 61 · BIC DAAEDEDXXX

Steuernummer: 60/158/08835 (Finanzamt Bremen)