

# Anamnesebogen - Der Inhalt des Fragebogens unterliegt der therapeutischen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse (Strasse, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Schulmedizinische Diagnose/n (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

## 1. Aktuelle Beschwerden (Welches sind Ihre aktuellen Beschwerden und seit wann?):

---



---



---



---



---

**Was bessert** die Beschwerden, **was verschlechtert** die Beschwerden / wann sind die Beschwerden besser, wann schlechter? Gab es einen auslösenden Faktor?

---



---



---

## 2. Chronische Beschwerden (Mit welchen Organsystemen haben oder hatten Sie Probleme? Bitte ankreuzen und unten genauer beschreiben):

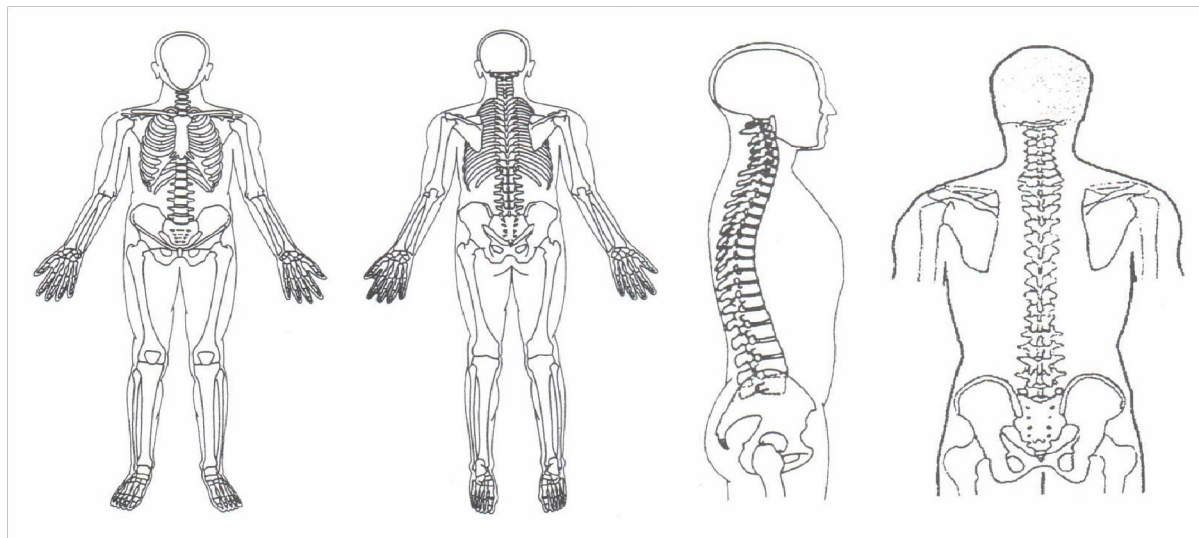
- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmtrakt | <input type="checkbox"/> Leber/Galle       | <input type="checkbox"/> Herz              | <input type="checkbox"/> Lunge        |
| <input type="checkbox"/> Nieren/Blase    | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> Sinnesorgane      | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Hormone         | <input type="checkbox"/> Schilddrüse       | <input type="checkbox"/> allg. Immunsystem | <input type="checkbox"/> .....        |

---



---

Bewegungsapparat/ Muskeln, Bänder, Knochen (Schmerzpunkte: bitte Stellen kennzeichnen):



3. **Infektionserkrankungen** (Gibt es bekannte/durchgemachte Infektionserkrankungen auch in der Kindheit. z.B. Borreliose, Epstein-Barr-Infektion, Herpes, usw.?):

---

---

4. **Allergien** (Gibt es bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten?):

---

---

---

5. **Zähne** (Bitte Zutreffendes/Vorhandenes ankreuzen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amalganfüllungen         | <input type="checkbox"/> Kunststoff- oder Porzellanfüllungen |
| <input type="checkbox"/> wurzelbehandelte Zähne   | <input type="checkbox"/> Stiftzähne oder Kronen              |
| <input type="checkbox"/> Implantate               | <input type="checkbox"/> Goldzähne oder andere Metalle       |
| <input type="checkbox"/> entfernte Weisheitszähne | <input type="checkbox"/> kieferorthopädische Behandlung      |

6. Welche **Operationen, Unfälle, schwere Krankheiten** gab es in der Vergangenheit (bitte Jahrzahl angeben)?  
Gibt es Narben oder Fremdkörper?

---

---

---

7. **Medikamente** (Bitte alle aktuellen Medikamente und Dosierungen notieren inkl. Pille, homöopathischen, pflanzlichen Mitteln und Nahrungsergänzungen wie Vitamine und Mineralstoffe):

---

---

Wann hattest du deine letzte **Antibiotikabehandlung**? \_\_\_\_\_

8. Welche **Impfungen** sind bei Ihnen gemacht worden und wann?  
Gibt es bekannte Impfn Nebenwirkungen oder -schäden?

---

---

9. **Familienanamnese** (Welche Erkrankungen gibt/gab es in Ihrer Familie: Mutter, Vater, Grosseltern):

---

---

---

10. **Familiäre und berufliche Situation** (Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktuelle Situation, notieren Sie auch, falls es in der Vergangenheit grosse familiäre, private oder berufliche Veränderungen gegeben haben sollte):

a) **Berufliche Situation:** Beschreiben Sie kurz Ihre berufliche Situation. (Mögen Sie Ihre Arbeit? ArbeitskollegInnen und Umfeld? Werden Sie gewürdigt/geschätzt? Sind Sie über- oder unterfordert?)

---

---

b) **Soziales Umfeld:** Gibt es Vertrauenspersonen, denen Sie «alles» erzählen können? Pflegen Sie regelmässig Freundschaften? Erhalten Sie Unterstützung? Können Sie diese annehmen?

---

---

11. **Emotionale/psychische Situation** (Gibt/gab es emotionale oder psychische Probleme, wenn ja welche?):

---



---

12. **Schicksalsschläge oder traumatische Ereignisse?** (Verlust, Krankheit, Trennung, Tod):

---



---

13. Aktueller **Stresslevel** auf einer Skala von 1-10 (1= kein Stress):

---

14. Aktueller **Energielevel** auf einer Skala von 1-10 (1= keine Energie):

---

15. **Schlaf** (Einschlaf- oder Durchschlafprobleme, Erholung, durchschnittliche Stunden Schlaf):

---

16. Verbringst du gerne **aktiv Zeit in der Natur?** Wenn ja, in welcher Form und wie oft?

---

17. **Bisherige Behandlungen/Prophylaxe** (Was haben Sie bereits gegen Ihre Beschwerden unternommen? Sind Sie in **ärztlicher Behandlung?** Wenn ja: seit wann, bei wem und welche Therapieform?)

---



---



---

18. Mit welchen **Therapieformen** haben Sie gute Erfahrungen gemacht (Beispiele: TCM, Physiotherapie, Osteopathie, Massage, Coaching, Psychotherapie, Wickel, ätherische Öle, Schüsslersalze, Bachblüten, Homöopathie, Kältetherapie, Ernährungsberatung, Supplementierung von Mikronährstoffen, usw.)?

---



---

19. **Ernährungsanamnese** (Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie folgende Nahrungsmittel konsumieren):

	wöchentlich			täglich			Wöchentlich			täglich	
	nie	1x	Mehr- mals	1x	Mehr- mals		nie	1x	Mehr- mals	1x	Mehr- mals
Milch						Brot allg.					
Joghurt						Weizenbrot					
Käse						Teigwaren					
Eier						Reis					
Früchte allg.						Kartoffeln					
Bananen						Süßigkeiten allg.					
Gemüse allg.						Schokolade.					
Gemüse roh						Gebäcke					
Fleisch allg.						Süssgetränke					
Schweinefleisch						Alkoholische Getränke					
Fisch						Kaffee					
Hülsenfrüchte						Tee (grün/schwarz)					
Nüsse											

Achten Sie auf bestimmte Dinge in der Ernährung? Vegetarisch, vegan, lactose- oder gluten frei, bio oder sonstiges? Fasten Sie?

---

---

20. Wie viel **Wasser** trinken Sie in etwa täglich (kalt oder warm? Vor, zum oder nach dem Essen?)

---

---

21. **Verdauung und Stuhlgang:** Beschreiben Sie kurz Ihre Verdauung. Gibt es Beschwerden? Blähungen?

---

---

---

Stuhlgang:  ...x täglich  1x täglich  jeden 2. Tag  jeden 3. Tag  weniger  Unregelmässig  
Neigung zu:  Durchfall  Verstopfung  übelriechende Winde

Konsistenz: \_\_\_\_\_ Farbe: \_\_\_\_\_

22. Allgemeiner **Lebensstil** (Alkohol? Rauchen? Drogen? Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme? Regelmässig Sport, was?)

---

---

---

23. **Frauenheilkunde:** Achten Sie auf Ihren Zyklus? Leben Sie nach Ihrem Zyklus? Dauer und Stärke der Blutung? Gibt es Beschwerden aus dem gynäkologischen Formenkreis? Prämenstruelle Beschwerden? Anzahl Geburten? Wechseljahrsbeschwerden? Blasenentzündungen?

---

---

24. **Freie Schilderung:** Was möchten Sie in jedem Fall mitteilen? Was erwarten/wünschen Sie sich besonders?

---

---

---

25. **Behandlungsziele:** Welche Erwartungen oder gesundheitlichen Ziele haben Sie? Linderung, Beschwerdefreiheit, Leistungsverbesserung, Entspannung, Entscheidungshilfe, Motivation, Erkenntnis, Beratung, Medikamentenabsetzung.  
Was müsste für Sie passieren, was müsste sich verändern, damit die Therapie/Behandlung erfolgreich ist?

---

---

---

Bitte bringen Sie zum ersten Termin neben diesem Fragebogen auch relevante **medizinische Untersuchungsbefunde** (Labor, MRI, Berichte, etc.) sowie alle **Medikamente und Nahrungsergänzungen**, die Sie regelmässig einnehmen mit.

*Die Inhalte des Fragebogens unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht!*

## Allgemeine Informationen

- Es werden keine Diagnosen im schulmedizinischen Sinne gestellt. Für medizinische Diagnosen wenden Sie sich bitte an Ihren/Ihre Arzt\*in.
- Ich arbeite ergänzend zur Ärzteschaft und rate Ihnen, schulmedizinische Therapien nur in Absprache mit Ihrem/Ihrer Arzt\*in zu verändern oder abubrechen. Für notwendige schulmedizinische Abklärungen oder bei Notfällen verweise ich Sie an Ihre Arztpraxis oder in eine Notfallklinik. Ich kann keine Heilung versprochen.
- Die Kosten für Termine, Behandlungen oder telefonische Beratung betragen aktuell CHF 126.- pro Stunde. Die Bezahlung des Honorars erfolgt nach der Behandlung Bar, per Twint oder nach Versand der Rechnung.
- Es ist Sache des Klienten, abzuklären, ob die Krankenkasse sich an den Kosten der Behandlung beteiligt. Bei gewissen Behandlungen (z.B. MRT) können zusätzliche Kosten anfallen. Es liegt in Ihrer Verantwortung, vorgängig abzuklären, ob und wieviel Ihre Zusatzversicherung an Kosten übernimmt.
- Sie verpflichten sich, die vereinbarten Termine einzuhalten. Bei Verhinderung sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden im Voraus ab, da sie sonst verrechnet werden können.
- Ich bitte Sie, mir eine allfällige Veränderung Ihres Gesundheitszustandes oder eine Schwangerschaft vor einer Folgekonsultation mitzuteilen.
- Ihre Informationen und Personendaten werden gemäss der aktuellen Datenschutzerklärung behandelt, sind vertraulich und unterstehen der Schweigepflicht. Die aktuelle Datenschutzerklärung ist auf [www.life-change.ch](http://www.life-change.ch) zu finden oder kann in der Praxis eingesehen werden. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Unterlagen einzusehen oder eine Kopie einzufordern.
- Sie sind einverstanden, dass eine schriftliche Korrespondenz und die Übermittlung allfälliger Laborwerte per unverschlüsselter E-Mail erfolgt.

Ich habe die obigen «Allgemeine Informationen» gelesen, verstanden und akzeptiert. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_