

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.
Die Fragen können Sie durch ankreuzen, oder auch mit eigenen Worten beantworten.

*Hinweis: Sie können diese PDF Datei direkt am PC / Tablet / Smartphone ausfüllen.
Die Bearbeitung in Browsern (z.B. Microsoft Edge) kann allerdings fehlerhaft sein,
verwenden Sie daher bitte gängige PDF Viewer wie [Adobe Reader](#) oder den [PDF X Change Viewer](#).
Gerne können Sie den Anamnesebogen auch ausdrucken und per Hand ausfüllen.*

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Titel	Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		Hausnr.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PLZ	Ort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtstag	Geburtsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Körpergewicht/Größe	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon/Fax	Mobil	Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 Beschwerden

Leiden Sie unter akuten Beschwerden? Wenn ja, welche? Ja Nein

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	Seit:	Intensität (1-10):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie bereits Behandlungen gegen die Beschwerden bekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Dr. med. Ralf Heinrich
Dr.med. Parick Assheuer
Dr. med. Christian Becker
Prof. Dr. Pascal Dohmen

Dr. med. Uwe Günther
Dr. med. Ralf Hilbert
Krimhild Korndörfer-Luft
Dipl. med. Erika Schadwell



Wenn ja, Wie viele/welche?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden eines der folgenden Ereignisse?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge andere:

Leiden Sie unter allgemeinen Allergien?

Ja Nein

Wenn ja: Welche? (Nahrungsmittel-Allergien bitte im Abschnitt 5 eintragen)

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Bezeichnung:

Seit:

Tägliche Dosis:

3 THERA Praxisklinik

Mommsenstr. 57
10629 Berlin

Telefon 030 - 79 01 65 33
Telefax 030 - 79 01 65 34

kontakt@theraklinik.de
www.theraklinik.de

Dr. med. Ralf Heinrich
Dr.med. Parick Assheuer
Dr. med. Christian Becker
Prof. Dr. Pascal Dohmen

Dr. med. Uwe Günther
Dr. med. Ralf Hilbert
Krimhild Korndörfer-Luft
Dipl. med. Erika Schadwell



Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:

2 Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches
Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Ruhr | | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? Ja Nein

Wenn ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen? Ja Nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten oder anderen Infekten? Ja Nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
(Diabetes Mellitus) | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | | <input type="checkbox"/> andere: |

3 Impfungen

Haben Sie Impfungen erhalten? Wenn ja, welche? Ja Nein

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cholera | (Haemophilus influenzae B) | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Sars-Cov-2 |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Röteln | (Corona/Covid19) |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber | (Humanes Papilloma Virus) | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> HiB | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> andere: |

Gab es Reaktionen auf diese Impfungen? Wenn ja: Ja Nein

- Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit Verhaltensveränderungen

4 Emotionales

Reagieren Sie empfindlich auf Wärme, z.B. im Sommer? Ja Nein

Sind Sie berührungsempfindlich? Ja Nein

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? Ja Nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? Ja Nein

Mögen Sie enge Räume (z.B. Fahrstühle)? Ja Nein

Leiden Sie an Konzentrationsschwäche? Ja Nein

Fühlen Sie sich müde und erschöpft? Ja Nein

Sind Sie leicht reizbar? Ja Nein

Haben Sie vermehrt Ängste / Schuldgefühle / Konflikte? Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Schwitzen Sie leicht? Ja Nein

Schwitzen Sie nachts? Ja Nein

Wenn ja, an welchem Körperteil:

kalter Schweiß

warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? Ja Nein

Haben Sie oft kalte Hände oder kalte Füße? Ja Nein

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar

mäßig belastbar

gar nicht belastbar

Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

Haben Sie eine/n Partner/in?

Ja

Nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer/m Partner/in?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

Würden Sie sich als glücklich bezeichnen?

Ja

Nein

5 Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich? Liter

Was trinken Sie bevorzugt?

Welche dieser Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Kuchen Eier Zucker Nüsse

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

süß sauer pikant bitter salzig scharf Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Ablehnung gegen

süß sauer pikant bitter salzig scharf Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Bekannte Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wenn ja, welche? Ja Nein

Wurden Sie gestillt? Ja Nein

War Ihre Geburt eine Natürliche? Ja Nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern? Ja Nein

6 Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden? Ja Nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe Bäche, Flüsse in der Nähe
 Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe Bekannte Schimmelpilzbelastung

Feuchte Stellen oder bekannter Wasserschaden

Antiquitäten / Holzschutzmittel

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone / Internet

elektrische Geräte im Standby-Modus

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit

häufiges Erwachen, um ca. Uhr

nächtliches Wasserlassen. Wie oft: x

Schwierigkeiten beim Einschlafen

Unruhe in den Beinen

Teppichböden

Mikrowelle vorhanden

Wasserbett

eingebauter elektrischer Motor

Sprechen im Schlaf

Nachtschweiß

heiße Füße

Zähneknirschen

lebhaftere Träume

Schlaflage

Bauch Rücken Links Rechts Sitzend Kniend Zusammengerollt

7 Kopf • Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja:

Ja Nein

Häufig

abends

rechts

selten

morgens

wandernd von rechts nach links

Stirn-Augen-Schläfenregion

halbseitig

wandernd von links nach rechts

Hinterhauptregion

links

doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen, wenn bekannt:

Was verbessert:

Haare

Leiden Sie unter Haarausfall? Wenn ja:

Ja Nein

Kreisrund Vereinzelt Seit: Wochen Monaten Jahren

Augen

Häufige Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig Grüner Star Grauer Star

sonstige Beschwerden:

Brille seit (Jahr):

Dioptrien:

Ohren

Schmerzen links

Häufige Mittelohrentzündungen

Ohrendruck

Schmerzen rechts

schwerhörig

beidseitig

Ohrengeräusche

Zähne / Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche

Tote Zähne

Beschwerden bei der Zahnung

Empfindliche Zähne auf:

Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

heiß kalt sauer süß

Wurzelbehandelte Zähne

Besitzen Sie Zahnfüllungen? Wenn ja, aus welchen Materialien:

Ja Nein

Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium

andere:

Wurden bei Ihnen bereits Amalgamfüllungen entfernt?

Ja Nein

Nase

Operationen

Absonderungen:

Heuschnupfen

wässrig schleimig

behinderte Nasenatmung

eitrig grünlich

Nase verstopft

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

Operation

häufige Mandelentzündungen:

als Kind heute

Schilddrüse

Überfunktion

Unterfunktion

Vergrößerung

Operation

andere bekannte Erkrankung der Schilddrüse:

8 Brust • Bauch • Rücken

Brustdrüse

Beschwerden Operationen

Herz

Beschwerden

Infarkt

Angina pectoris

Stechen

Beklemmung

Druckgefühl

Rhythmusstörungen

Lunge

Bronchitis häufig Husten Atemnot

Leber

Entzündungen Hepatitis

Galle

Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien

Rücken

Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose

Niere / Blase

Nierensteine Entzündungen häufig:

Harn

viel

häufig

wenig

kann nicht halten

Geruch nach:

Darm

Infektionen

Blinddarmoperation

Hämorrhoiden

Blähungen

Stuhlgang

täglich jeden 2. Tag unregelmäßig Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall

Geruch nach:

Konsistenz des Stuhls

hell hart schmierig Gefühl nicht fertig zu werden
dunkel knollig pastenartig
übelriechend weich kann Stuhl nicht halten

9 Arm • Beine • Rücken • Haut

Arme

Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen Kribbeln kalte Hände

Beine

Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl

Rücken

Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Haut/Nägel

Verbrennungen Hautjucken eingewachsene Nägel
Narben Warzen Nagelbettentzündungen
Geschwüre Pilze Allergien auf:

Gynäkologisch

Schmerzen Fehlgeburten Tumore Geschlechtskrankheiten
Eierstockentzündungen Geburten, Anzahl: Zysten
Ausschabungen Abtreibungen Myome

Ausfluss:

keinen stark weiß gelb wund machend färbt die Wäsche

Menses

Wann war die erste Menses?

Wann die Letzte?

Wie lange dauert die Blutung?

Wie lang ist ihr Zyklus?*

* (1. Tag der letzten Regel bis letzter Tag vor der nächsten Blutung, z.B. 27 Tage)

Blutungen sind

hell

braun

stark

dunkel

regelmäßig

schwach

klumpig

unregelmäßig

schmerzhaft

Wenn schmerzhaft: schon als Teenager seit Jahren

An welchen Zyklustagen?

Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch?

Ja Nein

Wenn ja: Seit wann?

Hatten Sie aufgrunddessen bereits eine Therapie?

Ja Nein

Wenn ja: wann?

Welche?

Prostata

vergrößert

Beschwerden beim Wasserlassen

Entzündungen

Geschlechtskrankheiten

Sexualität

vermindert

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

verstärkt

Erfüllend

unbefriedigt

11 Strahlenbelastung

Nutzen Sie ein Mobiltelefon (Handy)?

Ja Nein

Wenn Ja: Wie viele Minuten telefonieren Sie täglich damit?

Pro Tag ca. Minuten

Seit: Monaten / Jahren. Mit Ohne Headset Gemischt

Es ist ca. Minuten am Tag eingeschaltet / Durchgehend eingeschaltet

Wo tragen Sie es?

Besitzen Sie ein DECT-Telefon (schnurloses Festnetztelefon)

Ja Nein

Wenn Ja:

Wie viele Minuten telefonieren Sie täglich damit?

Pro Tag ca. Minuten

Seit: Monaten / Jahren. mit ohne Headset Gemischt

Welches Modell benutzen Sie?

Besitzen Sie einen W-Lan Anschluss (kabelloses Internet)? Ja Nein

Wenn Ja:

Wie viele Minuten arbeiten Sie täglich damit?

Seit: Monaten / Jahren.

Es ist ca. Minuten am Tag eingeschaltet / durchgehend eingeschaltet

Bahn

Wie weit wohnen Sie von der nächsten (S-)Bahn Linie entfernt? Ca. km

Funkmast

Wie weit ist der nächste Funkmast oder eine andere Strahlenquelle (z.B. Radar, etc.) entfernt? Ca. km

Seit wann wohnen Sie in dieser Nähe? Wochen Monaten Jahren

12 Platz für weitere Informationen:

Ich stimme zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann (freiwillige Angabe).

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten: