

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



## 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

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Land

Geburtstag

Geburtsort

Körpergewicht/Größe

Beruf

Telefon/Fax

Mobil

Mail

## 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  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



**Haben Sie aufgrund dieser Beschwerden bereits Ärzte, Kliniken oder Heilpraktiker aufgesucht?**

Ja  Nein

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?**

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?**

Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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"/> Scharlach     | <input type="checkbox"/> Ruhr                          | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Syphilis                      | <input type="checkbox"/> Tuberkulose       |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches<br>Drüsenfieber |  |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Malaria       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Salmonellose  | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper)           |  |

**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"/> Gefäßkrankungen    | <input type="checkbox"/> Neurodermitis          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                           | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte  |
| <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose            | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit<br>(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

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



**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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe                  | <input type="checkbox"/> Feuchte Stellen oder bekannter Wasserschaden |
| <input type="checkbox"/> Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe | <input type="checkbox"/> Antiquitäten / Holzschutzmittel              |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe               | <input type="checkbox"/> Teppichböden                                 |
| <input type="checkbox"/> Bekannte Schimmelpilzbelastung          | <input type="checkbox"/> Mikrowelle vorhanden                         |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone / Internet      | <input type="checkbox"/> Wasserbett                     |
| <input type="checkbox"/> elektrische Geräte im Standby-Modus | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

Wie ist Ihr Schlaf?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit   | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um ca. <input type="text"/> Uhr        | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß       |
| <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen. Wie oft: <input type="text"/> x | <input type="checkbox"/> heiße Füße         |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen                          | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen     |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen                                      | <input type="checkbox"/> lebhaftere Träume  |

Schlaflage

- Bauch  Rücken  Links  Rechts  Sitzend  Kniend  Zusammengerollt

## 7 Kopf • Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja:

Ja  Nein

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Häufig                     | <input type="checkbox"/> abends     | <input type="checkbox"/> rechts                         |
| <input type="checkbox"/> selten                     | <input type="checkbox"/> morgens    | <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links |
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion | <input type="checkbox"/> halbseitig | <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts |
| <input type="checkbox"/> Hinterhauptregion          | <input type="checkbox"/> links      | <input type="checkbox"/> doppelseitig                   |

Auslöser der Kopfschmerzen, wenn bekannt:

Was verbessert:



Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



**Was verschlechtert:**

**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

Heuschnupfen

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



behinderte Nasenatmung

Nase verstopft

Absonderungen:

#### Mandeln

Operation

wässrig  schleimig

eitrig  grünlich

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

häufige Mandelentzündungen:

als Kind  heute

#### Schilddrüse

Überfunktion

Unterfunktion

andere bekannte Erkrankung der Schilddrüse:

Vergrößerung

Operation

## 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

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



### 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

dunkel

knollig

pastenartig

werden

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:

## 10 Gynäkologischer / Urologischer Bereich

### 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       verstärkt

unbefriedigt

Erfüllend

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## 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?

Pro Tag ca.  Minuten

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

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



## 12 Platz für weitere Informationen:

Empty box for additional information.

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

Dr. med. Ralf Heinrich  
Krimhild Korndörfer-Luft  
Dr. med. Christian Becker  
Dipl. med. Erika Schadwell  
Maxim Benz

Dr. med. Heidi Schmalgemeier  
Dr. med. Siegfried Schlag  
Dr. med. Dent. Sandra Umbreit  
Dr. med. Anke Buschmann  
Ximena Martinez



**Datum, Ort, Unterschrift des Patienten**