



*Praxis für Naturheilkunde*  
**Martina Johnson**  
Heilpraktikerin

Vorwaldstraße 16  
93177 Altenthann

Tel.: 09408 8699861  
Mail: [info@naturheilpraxis-johnson.de](mailto:info@naturheilpraxis-johnson.de)  
Web: [www.naturheilpraxis-johnson.de](http://www.naturheilpraxis-johnson.de)

## **Anamnesebogen für Frauen**

**Liebe Patientin,**

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen sowie Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu.**

Vielen Dank!

Ihre Martina Johnson

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Familienstand** \_\_\_\_\_

**1. Unter welchen momentanen Beschwerden leiden Sie? Was bringt Sie zu mir?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Bitte ankreuzen!**

- Unfall                       Erkrankung                       Operation                       Trauer
- Impfungen                       Medikamente
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Bitte ankreuzen!**

- Masern                       Röteln                       Scharlach                       Mumps
- Windpocken

**4. Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr? (z.B. Mandeln, Blinddarm)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Liegen Allergien vor? Bitte ankreuzen!**

- Heuschnupfen                       Pollen                       Tierhaare                       Hausstaub
- Milben                       Lidocain                       Aspirin (ASS)                       Penicillin
- Metalle
- Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**6. Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? Bitte ankreuzen!**

- Bluthochdruck     Diabetes     Fettstoffwechselstörung     Herzinfarkt  
 Asthma     Krebs     Lungenerkrankungen     Erbkrankheiten  
 Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen!**

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel (Z.B. Pille, Spirale)?

- ja     nein

Falls mit ja angekreuzt, welches Präparat wird eingenommen:

Wie sind Ihre Monatsblutungen?

- regelmäßig     unregelmäßig     schmerzhaft

In welchem Zyklustag befinden Sie sich? Wann hat Ihre letzte Periode eingesetzt?

**8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?**

**9. Zu Ihrer Person**

Größe \_\_\_\_\_    Körpergewicht \_\_\_\_\_    Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? \_\_\_\_\_

Wogegen sind Sie geimpft? \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? \_\_\_\_\_

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Was essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Stress? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten? (Ein-/Durchschlafen) \_\_\_\_\_

**10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen!**

- Bluthochdruck       Diabetes       Magenerkrankung       Asthma
- Tumorerkrankung       Krebs       Hautkrankheit       Fettstoffwechselstörung
- Herzerkrankungen       Rheuma       Nierenerkrankungen       Lebererkrankung
- Gallensteine       Gicht       Schilddrüsenerkrankung       Depression
- Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**11. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten (z.B. im Urlaub)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

- Keramik       Amalgam       Amalgam entfernt
- Kunststoff       Gold

**13. Sind Weisheitszähne vorhanden?**

- ja       nein

**14. Wie ist Ihre Verdauung? Bitte ankreuzen!**

- Völlegefühl       Sodbrennen       Appetitlosigkeit       Aufstoßen
- Gastritis       Helicobacter pylori       Magengeschwür       Blähungen
- Durchfall       Verstopfung       Stuhlgang täglich       Stuhlgang alle 2-3 Tage
- Hämorrhoiden

Schlecht verträgliche Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die absolut vertrauliche Dokumentation und Behandlung Ihrer Daten ist gewährleistet. Siehe Aushang DSGVO in der Praxis.**

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_