



*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 Männer**

**Lieber Patient,**

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. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. 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) \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- Keramik                       Amalgam     Amalgam entfernt  
 Kunststoff                       Gold

**12. Sind Weisheitszähne vorhanden?**

- ja                                   nein

**13. 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** \_\_\_\_\_