

*Ralf Menge · Heilpraktiker*

Wilmersdorfweg 2, 30179 Hannover

0511 370 556 52

[post@ralfmenge.de](mailto:post@ralfmenge.de)

[www.ralfmenge.de](http://www.ralfmenge.de)

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte machen Sie zunächst Angaben zu Ihrer Person:

Name:

geb.:

Adresse:

Tel.:

Handy:

Mail:

Größe:

Gewicht:

Berufstätigkeit:

KK:

Arzt/Ärzte:

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden und auch besondere Krankheitsereignisse aus der Vergangenheit ... bitte unterstreichen Sie dabei die subjektiv für Sie bedeutendsten Beschwerden und Ereignisse:

Haben Sie - noch vorhandene - wurzelbehandelte Zähne?  
Wenn ja, wie viele? Wann fanden die Wurzelfüllungen statt?

Haben Sie gezogene Zähne (z.B. Weisheitszähne)?  
Wenn ja, wie viele? Wann wurden die Zähne gezogen?

Haben sie Amalgamfüllungen? Wenn ja, wie viele und seit wann?  
Fanden Ausbohrungen statt (wann?)?

Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja, welchen (bitte auch Materialien auflühren)?  
Wurde vorher auf Verträglichkeit getestet, z.B. per LTT (Lymphozytentransformationstest)?

Gab es Ereignisse, die zu einer Instabilität der HWS (Halswirbelsäule) geführt haben könnten (z. B. Schleudertrauma, Kopfverletzung)? Wenn ja, wann?

Haben Sie schonmal Antibiotika der Klasse der Fluorchinolone (z.B. Ciprofloxacin) eingenommen, z.B. aufgrund einer Blasenentzündung? Wenn ja, wann?

Wurde Ihnen im Rahmen eines MRTs (Kernspin) schonmal ein Kontrastmittel verabreicht?  
Wenn ja, wann?

Haben oder hatten Sie engeren Kontakt zu Tieren (z. B. Haustiere) ... wann war das in etwa und um welche Tiere handelt(e) es sich?

Wurden Sie einmal von einer Katze gekratzt (wenn ja, wann etwa?)?

Wurden Sie einmal von einer Zecke gebissen (wenn ja, wann etwa?)?

Haben Sie evt. Unverträglichkeiten gegen Kosmetika?

Sind Sie von Allergien betroffen? Wenn ja, von welchen?

Manche Menschen reagieren auf bestimmte Lebensmittel z. B. mit Verdauungsbeschwerden, Juckreiz, Kribbeln, Schwindel, Kopfschmerzen.

Vertragen Sie (verwenden Sie z. B. „ja“, „nein“ oder „teilweise“) ...

- Sekt, Rotwein?
- sonstigen Alkohol?
- Essig?
- lang gereiften Käse?
- Schinken, Salami?
- Wurst?
- Thunfisch, „Meeresfrüchte“?
- Hülsenfrüchte?
- Walnüsse?
- Sauerkraut?
- Tomaten?
- Eier?
- Kohl?
- Kaffee?
- Avocado?
- Ananas?

- Bananen?
- Erdbeeren, Himbeeren?
- Kakao, Schokolade?
- Zitrusfrüchte?
- Kokosprodukte?
- Zwiebeln, Knoblauch?
- Haferflocken?
- Kartoffeln?
- Reis?

Vertragen Sie evt. andere Lebensmittel / Getränke nicht gut? Wenn ja, welche?

Vertragen Sie „Aspirin“ / Acetylsalicylsäure?

Wie vertragen Sie Betäubungsmittel / Anästhetika / Narkosemittel? Hatten Sie im Rahmen einer Operation mal eine Anästhesie / Narkose und sind anschließend erst spät wieder aufgewacht?

Waren Sie schonmal oder sind Sie aktuell – z. B. zuhause oder am Arbeitsplatz – anhaltend von einer Schimmelbelastung betroffen (wenn ja, wann)?

Waren Sie schonmal oder sind Sie aktuell besonderen toxischen (giftigen) Belastungen ausgesetzt (z. B. Energiesparlampe oder Quecksilber-Thermometer heruntergefallen/aufgeplatzt, Toner-Drucker in der Nähe, berufliche Quellen)?  
Falls ja, wann war das in etwa, und um welche Belastungen handelt(e) es sich?

Reagieren Sie empfindlich auf künstliche Duftstoffe?

Sind oder waren Sie schonmal von stärkeren, nicht durch verändertes Ess- oder Bewegungsverhalten erklärlichen Gewichtsveränderungen betroffen?

Bereiten Ihnen bestimmte Wettereinflüsse Beschwerden, z. B. Hitze, Kälte, Sonnenlicht, Wetterumschwünge, Wind?

Treten bei Ihnen unangemessen leicht und/oder unangemessen lang blaue Flecken auf?  
Brauchen Blutungen, z. B. nach kleineren Stich- oder Schnittwunden, unangemessen lang bis zur Stillung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann?

Haben Sie in Ihrem Leben die „Pille“ oder andere chemisch-synthetische Verhütungsmittel verwendet?  
Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum etwa?

Haben Sie Kinder entbunden? Wenn ja, wann?  
Auf natürlichem Wege oder per Kaiserschnitt?  
Haben sich Ihre Beschwerden – falls bereits vor einer Schwangerschaft vorhanden – während der Schwangerschaft verbessert?  
Oder haben bestimmte Beschwerden recht zeitnah nach der Entbindung ihren Anfang genommen?

Mit welchem Alter setzte bei Ihnen die erste Regelblutung (Menarche) ein?

Wie sieht der Zyklusverlauf heute bei Ihnen aus (falls noch vorhanden)? Wie lange dauert der Zyklus, und gibt es Besonderheiten/Unregelmäßigkeiten, wie z. B. lange und/oder starke Blutungen, Zwischenblutungen? Gibt es Veränderungen bei den Beschwerden im Laufe des Zyklus (z. B. Verschlechterung während Zyklusmitte, Zyklusende oder Zyklusbeginn)?

Wie sieht Ihr aktuelles Schlafmuster aus (Bettgehzeit und morgendliche Aufwachzeit; Dauer bis zum Einschlafen; Schlafstörungen während der Nacht – falls vorhanden, zu welcher Uhrzeit)?

Ist Ihr Schlafplatz weitgehend frei von „Elektrosmog“ (z.B. Radiowecker, Stromleitungen am Kopfende, Handy neben dem Kopf, Sendemast in der Nähe, eingeschaltetes WLAN, permanent sendende Basisstation des Schnurlostelefon)?

Nutzen Sie in den Abendstunden Monitore, z.B. TV, Handy, Rechner?  
Wenn ja, bis wie viel Uhr, und verwenden Sie dabei Blaulichtfilter?

Können Sie sich nach dem morgendlichen Erwachen – zumindest für einen kurzen Moment – täglich an Ihre Träume erinnern?

Erleben Sie Verbesserungen bez. bestimmter Beschwerden (welche?) durch einen Ortswechsel, z. B. während eines Urlaubs oder beruflicher Reisen?

Erleben Sie ein Nachlassen bestimmter Beschwerden (welche?) durch die Einnahme von Antibiotika oder durch andere Substanzen?

Bitte beschreiben Sie Ihre Ernährung und listen Sie Ihre 10-15 meist verwendeten Nahrungsmittel auf.

Bereiten Sie Ihr Essen stets selbst zu, oder nutzen Sie Fertigprodukte (auch über Kantine, Imbissstand o.a.)?

Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Mahlzeiten oder werden diese eher „nebenbei“ eingenommen (neben der Arbeit, dem Fernsehen o.a.)?

Wie steht es um Ihren Appetit?

Und leiden Sie an Verdauungsstörungen (z. B. Verstopfung, Durchfall, Flatulenz, Aufstoßen, Bauchweh, Sodbrennen)?

Wie häufig findet der Stuhlgang statt, zu welcher Tageszeit, und wie ist der Stuhl geformt/gefärbt?  
Benötigen sie wenig / eher mehr / sehr viel Toilettenpapier nach einem Stuhlgang?  
Geht der Stuhl spontan ab oder nur mit Pressen?

Tragen Sie Piercings (wo?), Tattoos (wo?) oder befinden sich – abgesehen von Zahnersatz - Fremdkörper bzw. Implantate in Ihrem Körper (wo?)?  
Wenn ja, seit wann?

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Konsum von Tabakwaren, Alkohol und allem Sonstigen, was allgemein als „Drogen“ bezeichnet wird.

Haben Sie Injektionen gegen Covid in Anspruch genommen?  
Wenn ja, um welche Präparate handelte es sich und wann fanden die Injektionen statt?

Gibt es in Ihrer Familie Häufungen bei bestimmten Erkrankungen (z. B. Krebs, Herz-Kreislauf, Autoimmunerkrankungen)?

Haben Sie enge Verwandte mit einem ähnlichen Beschwerdebild?



Waren Sie jemals von schwereren Unfällen betroffen (wann)? Bitte beschreiben Sie diese ggf. kurz.

Gibt es sonstige wichtige Anmerkungen, die Ihnen einfallen?

Mit der Verwendung und Speicherung meiner persönlichen Daten zu therapeutischen Zwecken bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in