

**Naturheilpraxis Petra Pongratz**  
**Heilpraktikerin**  
82281 Egenhofen/ Unterschweinbach  
08145 / 1644  
info@naturheilpraxis-pongatz.de

## Patienten - Anamnesebogen

**Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.**

Name, Vorname: _____	Geb.: _____
Straße: _____ PLZ/ Ort: _____	
Tel.: _____ Mobil: _____	
Email: _____	
Privatkasse: ja / nein wenn ja, welche _____	
Zusatzversicherung: welche: _____	

<p><b><u>Lage des Wohn- und Arbeitsortes:</u></b> O ländlich <input type="radio"/> städtisch <input type="radio"/> industriell</p> <p>Alter: _____ Größe/Gewicht: _____ derzeitiger Beruf: _____ früherer Beruf: _____ fam. Stand: _____ Schlaf: _____ Durst: _____ Schweiß: _____ Angst: _____ Appetit: _____</p>
--

<p><b><u>Schadstoffe am Arbeitsplatz/ zu Hause:</u></b> O Baustoffe <input type="radio"/> Lösemittel <input type="radio"/> Metalle, Stäube <input type="radio"/> andere</p> <p><b><u>Hobbies:</u></b> O malen, <input type="radio"/> schweißen, <input type="radio"/> töpfern, <input type="radio"/> schießen, <input type="radio"/> andere</p> <p>O Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ <input type="radio"/> Passivraucher</p> <p>O Treiben Sie Sport? Ja / Nein Häufigkeit? _____</p> <p><b><u>Ernährungsgewohnheiten</u></b> O Vollwertkost <input type="radio"/> Vegetarier <input type="radio"/> Veganer <input type="radio"/> Gemischt <input type="radio"/> Fisch/ Huhn/ kein Schweinefleisch O diverse Diäten <input type="radio"/> Rohkost</p> <p>O Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____</p> <p>O Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viel? _____</p> <p>O Trinken Sie schwarzen Tee? Wenn ja, wie viel? _____</p>
--

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden sie:**

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität auf einer Skala von 0 bis 10 an:

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit

1. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits unternommen?**

---

---

---

---

**Mit welchem Erfolg:**

sehr gut    gut    schlecht    sehr schlecht

**Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

- eine andere Erkrankung, wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Kummer    Trauer    Schreck    Hautausschläge
- Operationen, wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- anderes
- 

**Ich leide an folgenden chronischen Krankheiten:**

**Herz:**

- Herzschwäche       Hoher Blutdruck    Niedriger Blutdruck
- Herzschmerzen       Blutdruck: **li.:** \_\_\_/\_\_\_ Puls      **re.:** \_\_\_/\_\_\_ Puls
- andere

**Haut:**

- Hauterkrankungen    Anomalien    Neurodermitis    Ekzeme
- Durchblutungsstörungen    andere    Haarausfall

**Kopf**

- Kopfschmerzen    Migräne    Schwerhörigkeit    Nase    Mund
- Gebisszustand    andere

**Hals**

Mandeln  Schilddrüsenüberfunktion  Schilddrüsenunterfunktion  
 andere

**Zähne/ Kiefer**

wurzelbehandelte Zähne  Empfindlichkeit auf heiß / kalt  
 wurden Amalgamfüllungen entfernt ja / nein wann \_\_\_\_\_  
wurde danach eine Entgiftung durchgeführt?  ja  nein

**Nase**

Operationen  Heuschnupfen  behinderte Nasenatmung  Nase verstopft  
 Nasennebenhöhlenentzündungen

**HWS**

Beschwerden

**BWS**

Beschwerden

**LWS**

Beschwerden

**Kreuzbein**

Beschwerden

**Atmungsorgane**

Asthma  Beschwerden  andere

**Augen**

Fehlsichtigkeit  Grauer Star  Grüner Star  Brille seit \_\_\_\_\_  
 sonstiges

**Schilddrüse**

Operation  Überfunktion  Unterfunktion  Vergrößerung  Knoten

**Bauch/ Verdauung**

Magen  Darm  Blähungen  Leber  täglich Stuhlgang  Galle

**Urogenitaltrakt**

Niere  Blase  Prostata  Uterus

**Nerven**

Depressionen  Nervosität  Aggression  veget. Dystonie  andere

**Blut**

Anämie  Blutgruppe\_\_\_\_\_  erhöhte Blutfette

Diabetes nicht insulinpflichtig  Diabetes insulinpflichtig, seit \_\_\_\_\_

Rheuma  Osteoporose  Erhöhter Cholesterinspiegel  Allergien

Arthrose  Müdigkeit  Infektanfälligkeit  Schlaganfall

TBC  Durchblutungsstörungen  andere

Krebserkrankungen Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Operationen:**

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

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  Keuchhusten  
 Scharlach  Tetanus  Kinderlähmung  Malaria  Salmonellen  
 Ruhr  Syphilis  Pfeiffer`sches Drüsenfieber  Gonorrhoe  
 Tuberkulose  Borreliose  Tropenkrankheit  andere \_\_\_\_\_

**Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika / Penicillin behandelt?**

ja  
 nein

**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

ja  
 nein

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

**Gab es Reaktionen auf diese Impfungen?**

nein  
 ja welche?

**Ärztlich verordnete Medikamente:**

**Welche Nahrungsergänzungsmittel oder Naturheilpräparate nehmen Sie ein?**

**Welche Behandlungsziele erwarten Sie von der Therapie?**

**Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten 12 Monaten ( Geben Sie dabei Namen, Anschrift und Fachrichtung an)**

**Welche Behandlungen erfolgten in den letzten 12 Monaten?**

Physiotherapie  Ernährungsberatung  Entspannungstherapie  
 Bewegungs-/ Sporttherapie  Psychotherapie  Nichtrauchertraining  
 sonstiges \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:**

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und naturheilkundlichen Untersuchungsunterlagen, die für die Behandlung erforderlich sind, von den entsprechenden Stellen, Ärzten/ Therapeuten eingeholt werden können, bzw. Daten im Falle einer Weiter- oder Mitbehandlung an die entsprechenden Ärzte/ Therapeuten weitergegeben werden.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_