



NATURHEILPRAXIS UND BIOLOGISCHE MEDIZIN  
VEDISCHES COACHING  
BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Heilpraktikerin Sigrid Wiedemann  
Telefon +49 (0)176 323 41 266  
e-mail [info@naturheilpraxis-wiedemann.de](mailto:info@naturheilpraxis-wiedemann.de)  
[info@ved-coaching.de](mailto:info@ved-coaching.de)

## Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Heutiges Datum \_\_\_\_\_

Was führt Sie zu mir? \_\_\_\_\_

### Kinderkrankheiten

- |                                      |  |                                     |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Röteln        | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Scharlach     | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Milchschorf | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/>            |

### Frühere/aktuelle Erkrankungen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> koronare Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten   | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Zysten, Myome            |
| <input type="checkbox"/> Gicht                   | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung           | <input type="checkbox"/> Blasen-/Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Gallensteine              | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung          |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Gelenken | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit            |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                  | <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> Migräne                  |
| <input type="checkbox"/> Depression              | <input type="checkbox"/> Polyarthrit               | <input type="checkbox"/> Allergien                |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen   |  |   |
- Krankenhausaufenthalte .....     Operationen .....     Auslandsaufenthalte ....

### Erbkrankheiten, Infektionen, Krankheiten mit familiärer Häufigkeit

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall            | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        |
| <input type="checkbox"/> Allergien     | <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Krebs                   | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Steinleiden        |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten          | <input type="checkbox"/> sonstige           |

## Allgemeine Anamnese

- Urin**       dunkel, wenig       gelb, brennen       weiß, trübe, viel  
**Appetit**     schwankend       stark       11:00/17:00 Uhr  
**Durst**       gering/wechselhaft     ausgeprägt       wenig  
**Gewicht**     gering       mittel, schwankend     zunehmend  
**Geschmack**  süß/sauer/salzig     süß/bitter       scharf

## Gynäkologische Anamnese bei Patientinnen Hormontherapie

Monatsblutung:     regelmäßig     schmerzhaft     unregelmäßig     Menopause, seit \_\_\_\_\_

1. Regel mit \_\_\_\_\_    Zyklusdauer \_\_\_\_\_    Anzahl Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl Geburten/Aborte \_\_\_\_\_    **Pille/Spirale**     nein     ja, seit \_\_\_\_\_    **welche** \_\_\_\_\_

Schwangerschaftserkrankungen:     Pyelonephritis     Diabetes     Lymphstau     Krampfadern

**Medikamente** – bitte tragen Sie Ihre momentane Medikamenteneinnahme im nachfolgenden Medikamentenplan ein:

- Schmerztabletten     Beruhigungstabletten     Schlafmittel     Laxantien     Psychopharmaka

Medikamentenname	Dosis	Einnahme seit (z.B. 2001..)

**sonstige Beschwerden** \_\_\_\_\_

**bisherige Therapien** \_\_\_\_\_