

Anamnesebogen

Ganzheitliche Erstanamnese · Post-Covid & ME/CFS · Borreliose · Darm · Hormone · Longevity

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich für diesen Bogen ausreichend Zeit und beantworten Sie die Fragen so vollständig wie möglich. Auch scheinbar nebensächliche Angaben können für das Verständnis Ihrer Beschwerden wichtig sein. Was Sie nicht wissen oder nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei – wir besprechen alles im Termin.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

1 PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Familienstand / Kinder

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Hausärztin / Hausarzt, behandelnde Fachärzte

Versicherung (gesetzlich / privat / Zusatzvers.)

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Ihr Termin findet statt:

☐ in der Praxis in Bruchsal ☐ per Videosprechstunde

2 ANLIEGEN, AUSLÖSER & ZIELE

Was führt Sie zu mir? Bitte nennen Sie Ihre Beschwerden nach Wichtigkeit geordnet:

1.		seit	
2.		seit	
3.		seit	

Wie stark beeinträchtigen die Beschwerden Ihren Alltag?

☐ kaum ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark ☐ sehr stark

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden? (möglicher Auslöser, Mehrfachauswahl)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Infekt / Erkrankung | ☐ Starker Stress | ☐ Trauer / Verlust |
| ☐ Schreck / Unfall | ☐ Operation | ☐ Impfung |
| ☐ Zeckenbiss | ☐ Medikamente | ☐ Zahnbehandlung |
| ☐ Schwangerschaft / Geburt | ☐ Hormonelle Umstellung | ☐ Schimmel / Umweltbelastung |
| ☐ Kein erkennbarer Auslöser | | |

Sonstiges / Details:

Welche Behandlungen und Untersuchungen erfolgten bereits, und mit welchem Erfolg?

Bisheriger Behandlungserfolg insgesamt:

- ☐ sehr gut
 ☐ gut
 ☐ mäßig
 ☐ schlecht
 ☐ sehr schlecht

Was wünschen Sie sich von unserer Zusammenarbeit? Welches Ziel möchten Sie erreichen?

3 KRANKENGESCHICHTE, OPERATIONEN & BISHERIGE DIAGNOSTIK

Bisherige Erkrankungen, Operationen, Unfälle und Verletzungen (möglichst chronologisch):

- | | | | |
|----|----------------------|------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | Jahr | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | Jahr | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | Jahr | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | Jahr | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | Jahr | <input type="text"/> |

Liegen bereits Laborbefunde vor (Blut, Stuhl, Hormone, Mikronährstoffe, Erregerdiagnostik)? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte gerne beifügen.

Wenn ja, welche:

Waren frühere Laborwerte schon einmal auffällig (z. B. Leber, Niere, Schilddrüse, Blutbild)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie Narben von Operationen oder Verletzungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo:

4 FAMILIENANAMNESE

Welche Erkrankungen sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern bekannt? Bitte ankreuzen.

Erkrankung	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Bluthochdruck / Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt / Schlaganfall	☐	☐	☐	☐
Diabetes mellitus	☐	☐	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐	☐	☐
Autoimmunerkrankung	☐	☐	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	☐	☐
Allergien / Asthma / Neurodermitis	☐	☐	☐	☐
Depression / psychische Erkrankung	☐	☐	☐	☐
Demenz / Alzheimer	☐	☐	☐	☐
Rheuma	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐

Sonstiges / Anmerkungen zur Familie (z. B. Erkrankungsalter)

5 MEDIKAMENTE & NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Bitte alle aktuell eingenommenen Präparate auflisten – auch Hormonpräparate, Pille, Schmerzmittel und Nahrungsergänzung.

Präparat	Dosierung	seit wann	Einnahmegrund

Haben Sie früher häufiger Cortison, Antibiotika, Schmerzmittel oder Immunsuppressiva eingenommen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche:

6 ALLERGIEN, UNVERTRÄGLICHKEITEN & IMPFUNGEN

Allergien

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Heuschnupfen / Pollen | ☐ Hausstaubmilben | ☐ Tierhaare |
| ☐ Insektengift | ☐ Penicillin | ☐ Lidocain / Procain |
| ☐ Acetylsalicylsäure (Aspirin) | ☐ Metalle / Nickel | ☐ Pflaster / Desinfektionsmittel |

Sonstiges / Details:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Laktose | ☐ Fruktose | ☐ Histamin |
| ☐ Zöliakie / Gluten | ☐ Nahrungsmittelallergie (IgE) | ☐ Nahrungsmittelreaktion (IgG) |

Folgende Nahrungsmittel vertrage ich schlecht:

Impfungen – welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie erhalten?

- ☐ Tetanus / Diphtherie
☐ Hepatitis A / B
☐ Covid-19

- ☐ Keuchhusten
☐ Grippe
☐ Pneumokokken

- ☐ Masern / Mumps / Röteln
☐ FSME (Zecken)
☐ Gürtelrose (Herpes Zoster)

Sonstiges / Details:

Gab es auffällige Reaktionen auf Impfungen (z. B. Fieber, starke Erschöpfung, Nervenbeschwerden, Schlafstörungen)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche / wann:

7 INFektionen & ERREGER

Dieser Abschnitt ist besonders wichtig bei chronischer Erschöpfung, Post-Covid, ME/CFS und Borreliose.

Durchgemachte oder bekannte Infektionen / Erreger:

- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)
☐ Borreliose
☐ Covid-19
☐ Chlamydien
☐ Parasiten / Würmer

- ☐ Zytomegalie (CMV)
☐ Herpes simplex
☐ Post-Covid / Long-Covid
☐ Candida / Pilzbefall

- ☐ HHV-6
☐ Gürtelrose (Herpes Zoster)
☐ Mykoplasmen
☐ Q-Fieber

Welche, wann diagnostiziert, wie behandelt?

Wurde eine Erregerdiagnostik (Labor) gemacht? Wo?

Covid-19-Infektionen: Anzahl und ungefähre Zeitpunkte

Erinnern Sie sich an einen Zeckenbiss (mit oder ohne Wanderröte)?

☐ Ja ☐ Nein

Wann, wo am Körper:

Waren Sie in den letzten Jahren länger im Ausland (z. B. Tropen, Risikogebiete)?

☐ Ja ☐ Nein

Wo, wann:

Wie häufig haben Sie durchschnittlich folgende Infekte?

Erkältungen (x pro Jahr)

Nebenhöhlen / Mandeln (x pro Jahr)

Blase / Harnwege (x pro Jahr)

Antibiotikabehandlungen insgesamt (letzte 10 Jahre)

Haben Sie sich nach einem Infekt nicht mehr vollständig erholt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, nach welchem / wann:

8 ZAHN- & MUNDGESUNDHEIT

Relevant im Rahmen von Immunregulation, Entzündung und chronischer Belastung.

Letzter Zahnarztbesuch

Anzahl wurzelbehandelter / toter Zähne

- ☐ Amalgam aktuell vorhanden
☐ Zahnfleischentzündung / Parodontitis
☐ Nächtliches Zähneknirschen

- ☐ Amalgam früher entfernt
☐ Implantate (Titan / Keramik)
☐ Kieferbeschwerden

- ☐ Ausleitung durchgeführt
☐ Kronen / Zahnersatz
☐ Keine Auffälligkeiten

Zahnfüllmaterialien (Amalgam / Gold / Kunststoff / Keramik / Titan)

9 BESCHWERDEÜBERSICHT NACH ORGANSYSTEMEN

Bitte für jedes Symptom die zutreffende Häufigkeit wählen. Belastet Sie ein Symptom aktuell besonders, kreuzen Sie zusätzlich „aktuell stark“ an.

Kopf, Nerven & Sinne	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Kopfschmerzen / Migräne	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörungen / Brain Fog	☐	☐	☐	☐	☐
Vergesslichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Wortfindungsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
Sehstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
Tinnitus / Ohrgeräusche	☐	☐	☐	☐	☐
Kribbeln / Taubheitsgefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Energie & Schlaf	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Chronische Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐
Tagesmüdigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Einschlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
Durchschlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
Nicht erholsamer Schlaf	☐	☐	☐	☐	☐
Nachtschweiß	☐	☐	☐	☐	☐
Herz-Kreislauf & Atmung	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Herzrasen / Herzstolpern	☐	☐	☐	☐	☐
Niedriger / hoher Blutdruck	☐	☐	☐	☐	☐
Beschwerden im Stehen	☐	☐	☐	☐	☐
Kurzatmigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Kalte Hände / Füße	☐	☐	☐	☐	☐
Schwellungen (Ödeme)	☐	☐	☐	☐	☐
Verdauung & Darm	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Blähungen	☐	☐	☐	☐	☐
Völlegefühl	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen / Krämpfe	☐	☐	☐	☐	☐
Hormone & Stoffwechsel	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Gewichtsveränderung	☐	☐	☐	☐	☐
Kälte- / Wärmeempfindlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Heißhungerattacken	☐	☐	☐	☐	☐
Energietief nach dem Essen	☐	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐	☐
Libidoverlust	☐	☐	☐	☐	☐

Immunsystem, Haut & Bewegungsapparat	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Häufige Infekte	☐	☐	☐	☐	☐
Geschwollene Lymphknoten	☐	☐	☐	☐	☐
Hautausschläge / Juckreiz	☐	☐	☐	☐	☐
Trockene Haut	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Gelenkschmerzen / wandernde Schmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Morgensteifigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Muskelschwäche	☐	☐	☐	☐	☐

Psyche & Gemüt	fast nie	ab und zu	häufig	fast immer	aktuell stark
Innere Unruhe	☐	☐	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit	☐	☐	☐	☐	☐
Reizbarkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Ängste	☐	☐	☐	☐	☐
Stimmungsschwankungen	☐	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit	☐	☐	☐	☐	☐

10 SCHWERPUNKT: ERSCHÖPFUNG, ENERGIE & REGENERATION

Ihr aktuelles Energieniveau:

0 = erschöpft ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 10 = vital

Verschlechtert sich Ihr Zustand nach körperlicher oder geistiger Anstrengung deutlich – oft verzögert, nach Stunden oder am nächsten Tag („Crash“ / PEM)? ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange hält das an:

Besteht die Erschöpfung seit mehr als 6 Monaten? ☐ Ja ☐ Nein

Seit wann:

Werden Beschwerden im Stehen schlechter (z. B. Herzrasen, Schwindel, Benommenheit)? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Stunden am Tag sind Sie aktiv?

Tageszeit mit der stärksten Erschöpfung

Was verbessert Ihre Energie?

11 SCHWERPUNKT: DARMGESUNDHEIT

Stuhlgang: Häufigkeit pro Tag / Woche

Beschaffenheit (fest / weich / wechselnd)

Haben Sie häufiger Antibiotika, Magenschutz (Protonenpumpenhemmer) o. Ä. eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche, wie oft:

Haben Sie Beschwerden nach bestimmten Lebensmitteln? ☐ Ja ☐ Nein

Welche:

Ihre Ernährung:

☐ Mischkost

☐ Vegetarisch

☐ Vegan

☐ Low-Carb

☐ Viele Fertigprodukte

☐ Überwiegend selbst gekocht

12 SCHWERPUNKT: HORMONE & SCHILDDRÜSE

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt (z. B. Hashimoto, Über- oder Unterfunktion)? ☐ Ja ☐ Nein

Welche, seit wann:

Für Frauen

Zykluslänge / letzte Regelblutung

Verhütung / Hormonpräparate

Schwangerschaften / Geburten

☐ Zyklusunregelmäßigkeiten

☐ PMS

☐ Wechseljahresbeschwerden

☐ Hitzewallungen

☐ Zyklusabhängige Schlafstörungen

☐ Starke Regelblutung

Für Männer

Bemerken Sie Anzeichen eines Testosteronmangels (z. B. Libidoverlust, Muskelabbau, Antriebslosigkeit)? ☐ Ja ☐ Nein

Welche:

13 SCHLAF, STRESS, NERVENSYSTEM & UMWELT

Durchschnittliche Schlafdauer

Zubettgeh- / Aufstehzeit

☐ Einschlafprobleme

☐ Nächtliches Aufwachen

☐ Frühes Erwachen

☐ Schnarchen / Atemaussetzer

☐ Grübeln vor dem Einschlafen

Ihr aktuelles Stressniveau:

0 = entspannt

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

10 = max. belastet

Regelmäßige Belastungsfaktoren:

☐ Lärm

☐ Schichtarbeit

☐ Wenig Tageslicht

☐ Chemikalien / Schadstoffe

☐ Starke körperliche Belastung

☐ Starke seelische Belastung

Gibt oder gab es Schimmel oder Feuchtigkeit in Wohnung oder am Arbeitsplatz? ☐ Ja ☐ Nein

Wo, seit wann:

Haben Sie das Handy nachts in Körpernähe oder Elektrogeräte bzw. WLAN im Schlafzimmer? ☐ Ja ☐ Nein

Welche:

Entspannungstechniken, die Sie nutzen (z. B. Meditation, Yoga, Atemübungen)

14 LEBENSSTIL

Bewegung / Sport (Art, Häufigkeit)

Bildschirmzeit pro Tag

Trinkmenge pro Tag (Wasser / ungesüßt)

Rauchen (Menge)

Alkohol (Menge, Häufigkeit)

Kaffee / schwarzer Tee pro Tag

Berufliche oder private Belastungen, die aktuell eine Rolle spielen:

15 ERGÄNZENDE ANGABEN

Gibt es etwas, das für das Verständnis Ihrer Situation wichtig ist und oben nicht erfragt wurde?

16 DATENSCHUTZ & EINWILLIGUNG

Ihre Angaben werden ausschließlich zur Vorbereitung und Durchführung Ihrer naturheilkundlichen Beratung und Behandlung erhoben, vertraulich behandelt und gemäß der DSGVO gespeichert. Es handelt sich um Gesundheitsdaten, die besonders geschützt sind. Eine Weitergabe an Dritte (z. B. ein Labor) erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf naturheilpraxis-helbig.com.

☐ Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zum genannten Zweck ein.

Ort, Datum

Unterschrift (bei digitaler Abgabe: Vor- und Nachname)