

# ANAMNESEBOGEN

## O.1 - IHRE STAMMDATEN

### ERSTELLDATUM:

|               |  |
|---------------|--|
| Vorname       |  |
| Nachname      |  |
| Geburtsname   |  |
| Geburtsdatum  |  |
| Familienstand |  |
| Wohnort       |  |
| Postleitzahl  |  |
| Strasse       |  |
| Email         |  |
| Telefonnummer |  |
| Beruf         |  |

## O.2 - IHRE VITALWERTE

|                    |  |
|--------------------|--|
| Körpergröße [cm]   |  |
| Körpergewicht [kg] |  |

1.1 - IHRE SYMPTOME

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Was sind Ihre Hauptsymptome ?            |  |
|                                          |  |
| Beschreiben Sie alle Ihre Symptome ?     |  |
|                                          |  |
| Seit wann sind Ihre Symptome vorhanden ? |  |
|                                          |  |

## 1.2 - IHRE SYMPTOME IM DETAIL

|                                      |                          |                                   |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Welche Symptome treffen auf Sie zu ? |                          |                                   |                          |
| Sehstörungen                         | <input type="checkbox"/> | Reizhusten                        | <input type="checkbox"/> |
| Erbrechen                            | <input type="checkbox"/> | Schluckbeschwerden                | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit                             | <input type="checkbox"/> | Durchfall                         | <input type="checkbox"/> |
| Magenschmerzen                       | <input type="checkbox"/> | Panikattacken                     | <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörungen                      | <input type="checkbox"/> | Hautrötungen                      | <input type="checkbox"/> |
| Nachtschweiss                        | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen            | <input type="checkbox"/> |
| Hitzewallungen                       | <input type="checkbox"/> | Hautausschlag                     | <input type="checkbox"/> |
| Auswurf                              | <input type="checkbox"/> | Augenschwellungen                 | <input type="checkbox"/> |
| Nackenschmerzen                      | <input type="checkbox"/> | Müdigkeit und/oder Erschöpfung    | <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsanfälle                     | <input type="checkbox"/> | Bauch- und/oder Darmschmerzen     | <input type="checkbox"/> |
| Antriebslosigkeit                    | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen           | <input type="checkbox"/> |
| Brüchige Nägel                       | <input type="checkbox"/> | Augentränen und/oder -jucken      | <input type="checkbox"/> |
| Haarausfall                          | <input type="checkbox"/> | Verstopfte und/oder laufende Nase | <input type="checkbox"/> |
| Akne                                 | <input type="checkbox"/> | Verstopfung                       | <input type="checkbox"/> |
| Herzrasen                            | <input type="checkbox"/> | Blähungen                         | <input type="checkbox"/> |
| Hörstörungen                         | <input type="checkbox"/> | Stimmungsschwankungen             | <input type="checkbox"/> |
| Tinnitus                             | <input type="checkbox"/> | Angstgefühle                      | <input type="checkbox"/> |
| Herpes                               | <input type="checkbox"/> | Rückenschmerzen                   | <input type="checkbox"/> |
| Geschwollene. steife Gelenke         | <input type="checkbox"/> | Muskelkrämpfe und/oder -schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Sodbrennen                           | <input type="checkbox"/> | Sonstige                          | <input type="checkbox"/> |
| Druckgefühl im Kopf                  | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |
| Brainfog                             | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |
| Schwindel                            | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

1.3 - IHR ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN

|                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Sind Sie aktuell in einer aussergewöhnlichen Stresssituation ?                                  |  |
|                                                                                                 |  |
| Sind Sie dauerhaft aufgrund Ihrer Lebenssituation in einer aussergewöhnlichen Stresssituation ? |  |
|                                                                                                 |  |

## 2.1 - IHR BISHERIGES KRANKHEITSBILD

|                                                 |                          | Von | lMonat/Jahrl | Bis | lMonat/Jahrl |
|-------------------------------------------------|--------------------------|-----|--------------|-----|--------------|
| Akute chronische Bronchitis                     | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Heuschnupfen                                    | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Kieferhöhlen- und/oder<br>Stirnhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Nesselsucht                                     | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Neurodermitis                                   | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Migräne und/oder halbseitiger Kopfschmerz       | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Häufige grippale Infekte                        | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Bluthochdruck                                   | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Niedriger Blutdruck                             | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Cholesterin                                     | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Diabetes                                        | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Arthrose, Arthritis oder Rheuma                 | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Nierenerkrankung                                | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Blasenentzündung                                | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Zyklusstörungen bei Frauen                      | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Lebererkrankung                                 | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Autoimmunerkrankung                             | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Neurologische Erkrankung                        | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Infektionserkrankung HIV, Hepatitis, o.ä.       | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Magen-Darmerkrankung                            | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Herzerkrankung                                  | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Gefäßerkrankung                                 | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |
| Schlaganfall (zurückliegend)                    | <input type="checkbox"/> |     |              |     |              |

|                        |                          |  |  |  |  |
|------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| Krampfadern            | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Depression             | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Krebserkrankung        | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Psychische Erkrankung  | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Parodontitis           | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Hormonelle Störung     | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| Sonstige               | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
|                        |                          |  |  |  |  |

## 2.2 - IHRE BISHERIGEN OPERATIONEN

|                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Hatten Sie schon Operationen, wenn ja welche und wann ?                                                             |  |
|                                                                                                                     |  |
| Hatten Sie schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung, bspw. in Form einer MRT Untersuchung, ggf. auch mehrmals ? |  |
|                                                                                                                     |  |

## 2.3 - SONSTIGE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

|                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wurden bei Ihnen Allergien diagnostiziert oder haben Sie selbst allergische Reaktionen bei Ihnen feststellen können ? |  |
|                                                                                                                       |  |
| Haben Sie Medikamenten Unverträglichkeiten und wenn ja welche und seit wann ?                                         |  |
|                                                                                                                       |  |
| Welche Medikamente haben Sie früher lange Zeit eingenommen und wann ?                                                 |  |
|                                                                                                                       |  |
| Welche Medikamente nehmen Sie aktuell zu sich ?                                                                       |  |
|                                                                                                                       |  |
| Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?                                                                         |  |
|                                                                                                                       |  |
| Leiden Sie an Heisshungerattacken ?                                                                                   |  |
|                                                                                                                       |  |

|                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Haben Sie Lymphknotenprobleme oder -stauungen ?                                                   |  |
|                                                                                                   |  |
| Haben Sie schon einmal eine naturheilkundliche Therapie durchführen lassen und falls ja. welche ? |  |
|                                                                                                   |  |
| Wurden bei Ihnen andere Therapien durchgeführt und wenn ja. welche ?                              |  |
|                                                                                                   |  |
| Welche Impfungen haben Sie bisher bekommen ?                                                      |  |
|                                                                                                   |  |
| Sind Sie gegen Covid19 schutzgeimpft ?                                                            |  |
|                                                                                                   |  |
| Ist oder war ihr tägliches häusliches Umfeld von Schimmel betroffen ?                             |  |
|                                                                                                   |  |



|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Bei welchen Tätigkeiten tritt Ihre Symptomatik verstärkt auf ?          |  |
|                                                                         |  |
| Reagieren Sie auf bestimmte Gerüche, Dämpfe, Hausstaub, o.ä. ?          |  |
|                                                                         |  |
| Kommen Sie regelmässig mit Tieren in Kontakt, und wenn ja mit welchen ? |  |
|                                                                         |  |
| Haben Sie Ihre Haustiere aus dem Ausland geholt und wenn ja woher ?     |  |
|                                                                         |  |
| Leiden Sie unter Atembeschwerden und falls ja wann treten diese auf ?   |  |
|                                                                         |  |
| Leiden Sie häufig an Pilzinfektionen wie bspw. Candida ?                |  |
|                                                                         |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Haben Sie sich im subtropischen Ausland aufgehalten ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Falls ja, hatten Sie dort Symptome oder können Sie ein oder mehrere der nachfolgenden Symptome bestätigen ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Durchfall</li> <li><input type="radio"/> Bauchschmerzen</li> <li><input type="radio"/> Muskelbeschwerden</li> <li><input type="radio"/> Sehstörungen</li> <li><input type="radio"/> Lähmungen</li> <li><input type="radio"/> Erschöpfung</li> <li><input type="radio"/> Hautprobleme</li> <li><input type="radio"/> Gelbsucht</li> <li><input type="radio"/> Gelenkbeschwerden</li> <li><input type="radio"/> Nervenschmerzen</li> <li><input type="radio"/> Periodisches Fieber</li> <li><input type="radio"/> Sonstige</li> </ul> |  |
| Hatten Sie Kontakt mit Stechfliegen, exotischen Tieren wie Spinnentiere, Skorpione oder Papageivögeln ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Hatten oder halten Sie tropische Haustiere, wie Reptilien, Amphibien, Vögel, Weichtiere, Fische, Spinnentiere oder Insekten ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Hatten Sie schon einmal einen Zeckenbiss oder Mückenstich und wenn ja wann ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

|                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Haben Sie morgens oder abends ein auffälliges Jucken am After oder den Genitalien ? |  |
|                                                                                     |  |

## 2.4 - IHRE ZÄHNE

|                                                                                                                         |            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| Haben oder hatten Sie Zahnfüllungen ?                                                                                   | Keine      |  |
|                                                                                                                         | Amalgam    |  |
|                                                                                                                         | Kunststoff |  |
|                                                                                                                         | Keramik    |  |
|                                                                                                                         | Gold       |  |
| Wurden Zahnfüllungen entfernt ?                                                                                         |            |  |
| Wenn ja. unter 3-fach Schutz ?                                                                                          |            |  |
| Sind Kronen vorhanden ?                                                                                                 |            |  |
| Gibt es Beobachtungen des Zahnfleisches oder der Mundschleimhaut in Form von Rötungen, Schwellungen oder Verfärbungen ? |            |  |
| Gibt es wurzelbehandelte Zähne ?                                                                                        |            |  |
| Wurden Zähne, Weisheitszähne oder Implantate entfernt ?                                                                 |            |  |

### 3.1 - IHR BERUFLICHES UND PRIVATES UMFELD

|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Könnten Ihre Symptome aus Ihrem beruflichen Umfeld herrühren in Form von Umgang mit giftigen Stoffen. Schleifstaub o.ä. ?                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Rauchen Sie und falls ja wieviele Zigaretten am Tag und seit wann ?                                                                                                                                                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Halten Sie sich oft in Räumen auf. in denen viel geraucht wird ?                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Trinken Sie Alkohol und falls regelmässig wann und in welcher Menge ?                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Die nachfolgende Information wird streng vertraulich behandelt und unterliegt unserem medizinischen Datenschutz !<br><br>Haben Sie schon einmal nicht zugelassene berauschende Substanzen wie bspw. Drogen zu sich genommen und falls ja wieviel und wann ? |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Die nachfolgende Information wird streng vertraulich behandelt und unterliegt unserem medizinischen Datenschutz !<br><br>Nehmen Sie aktuell immer noch Drogen zu sich ?                                                                                     |  |

|                                                                                                                                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                          |  |
| Gab oder gibt es in Ihrem familiären Umfeld chronische Erkrankungen wie bspw. Diabetes, Herz-Kreislauf, Autoimmunerkrankung oder Krebs ? |  |
|                                                                                                                                          |  |
| Fahren Sie regelmässig E-Bike oder E-Auto ?                                                                                              |  |
|                                                                                                                                          |  |
| Kann Ihre Symptomatik im Zusammenhang mit der Beschaffung eines E-Autos zusammenhängen ?                                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |
| Treiben Sie regelmässig Sport und falls ja wie fühlen Sie sich 2 Tage danach ?                                                           |  |
|                                                                                                                                          |  |

4.1 - IHRE ANLIEGEN AN UNS

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Wichtige Anmerkungen an uns, was ist Ihnen wichtig ? |  |
|                                                      |  |
| Was ist Ihre Erwartung an uns ?                      |  |
|                                                      |  |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ?           |  |
|                                                      |  |

## 4.2 - IHR EINVERSTÄNDNIS

Ihre Angaben, Befunde und externe Befundungen dürfen zur Ursachenforschung innerhalb des Medical Centers kommuniziert und ggf. an Fachärzte weitergegeben werden. Bitte bestätigen Sie uns dies mit Ihrer Unterschrift.

---

## ERGÄNZENDE ANAMNESE NUR FÜR FRAUEN

## F.1

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Besteht aktuell eine Schwangerschaft und falls ja in welchem Monat sind Sie ?         |  |
|                                                                                       |  |
| Wie viele Schwangerschaften gab es bislang ?                                          |  |
|                                                                                       |  |
| Wieviele Geburten gab es ?                                                            |  |
|                                                                                       |  |
| Wieviele Kaiserschnitte gab es ?                                                      |  |
|                                                                                       |  |
| Gab es sonstige Komplikationen bei Ihren bisherigen Schwangerschaften oder Geburten ? |  |
|                                                                                       |  |
| Nehmen oder haben Sie die Anti-Baby Pille genommen ?                                  |  |
|                                                                                       |  |
| Haben Sie einen Hormonring, eine Kupferspirale oder Hormonspirale ?                   |  |
|                                                                                       |  |
| In welchem Alter trat Ihre erste Regelblutung auf ?                                   |  |



|                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                           |  |
| Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause) ?                                       |  |
|                                                                                           |  |
| Wie lange ist Ihre Zyklusdauer ?                                                          |  |
|                                                                                           |  |
| Wie ist Ihre Blutungsstärke ?                                                             |  |
|                                                                                           |  |
| Haben Sie Symptome oder Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrem Zyklus und wenn ja welche ? |  |
|                                                                                           |  |
| Verwenden Sie regelmässig Tampons ?                                                       |  |
|                                                                                           |  |
| Tritt bei Ihnen regelmässig Sekret aus der Scheide aus, auch ausserhalb des Zyklus ?      |  |
|                                                                                           |  |
| Haben Sie Beschwerden in den Brüsten oder im direkten Umfeld ?                            |  |
|                                                                                           |  |
| Haben Sie andere gynäkologische Beschwerden ?                                             |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|