

Anamnesebogen

Peter's Bienenfarm
peters-bienenfarm@gmx.de

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Fax, per E-Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z. B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Haben Sie bereits in der Vergangenheit Bienenstockluft angewendet?

Wenn ja , wie oft? _____

Nein

Kam es dabei zur Beschwerdebesserung?

Ja

nein

4. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | (z. B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Bienen-/Wespenstichallergie | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte benennen: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Allergien, bitte benennen: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Reaktion nach Impfungen | | |

5. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen
(Asthma / COPD,
Lungenembolie usw.) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen
(Herzinfarkt, Herz-
muskelschwäche usw.) |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie) | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen _____
(chronisch) | | |

6. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche (z. B. Pille, ASS, Falithrom; bitte auch Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Bitte Medikamentenplan beifügen!

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

7. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Raucher ja / nein

8. Corona Erkrankung ja wenn ja weiter Seite 3 nein

Datum, Unterschrift _____

Corona Erkrankung

Wurde in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja / nein Wenn ja, wann _____ Selbsttest PCR-Test

leichter Verlauf schwerer Verlauf _____

Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? ja / nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____

Langzeitfolgen Covid-19

Geschmacksverlust: ja / nein _____

Geschmacksveränderung: ja / nein _____

Geruchsverlust: ja / nein _____

Geruchsveränderung: Geruchsverlust: ja / nein _____

ausgeprägter Müdigkeit ja / nein _____

Schmerzen in der Brust ja / nein _____

Schwindelgefühl ja / nein _____

Muskelbeschwerden ja / nein _____

Kopfschmerzen ja / nein _____

Lähmungserscheinungen ja / nein _____

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift _____