



Ganzheitlicher Gesundheitsanamnesebogen

Termin am:

Liebe Patientin!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie unterstützen und begleiten.

In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig mindestens 48 Stunden vor Ihrem Termin zukommen zu lassen. Wir besprechen Ihre Antworten gemeinsam.

Senden Sie mir auch gern Blutbilder, und andere relevante medizinische Unterlagen vorher zu.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Vertrauen!

Ich freue mich, Sie in meiner Praxis zu begrüßen!

Ihre Iris Lemke

Name:

Vorname:

Geb-Datum:

Straße + Hausnr.:

PLZ + Ort:

Telefon:

Email:

Krankenversicherung: _____

☐ Privat

☐ Gesetzlich

☐ Zusatzversicherung:

Was ist der Grund bzw. die Gründe für Ihre Terminbuchung?

1.

2.

3.

Falls ein Kinderwunsch besteht, werden wir persönlich über Ihre Kinderwunschkreise sprechen.

Wenn Sie möchten, können Sie aber schon ein paar Stichwort hinterlassen.

Kinderwunsch: ☐ Keinen ☐ Abgeschlossen

Gynäkologie

Wann haben Sie als junges Mädchen das erste Mal Ihre Tage bekommen?

☐ mit 12 Jahren und jünger

☐ mit 13/14 Jahren

☐ mit 15 Jahren und älter

Können Sie sich erinnern, wie das war?

☐ regelmäßig ☐ schmerzhaft ☐ viel Blut ☐ lange Zyklen (länger als 40 Tage) ☐ keine Probleme

☐ Sonstiges: _____

Verhütung

☐ Pille: _____ ☐ Spirale _____ ☐ Ring _____

☐ nicht hormonell ☐ anders _____ ☐ nie verhütet

In welchem Alter haben Sie begonnen hormonell zu verhüten? _____

Wie viele Jahre haben Sie insgesamt hormonell verhütet? _____

Ist Ihr Zyklus regelmäßig ☐ Ja ☐ Nein

Zykluslänge

☐ 28 Tage +/- 2 ☐ 25 Tage und kürzer ☐ 30-35 Tage ☐ länger als 35 Tage

☐ Ich habe keine Blutung mehr (Menopause, Hysterektomie etc.) – Nächsten Fragen einfach überspringen!

Prämenstruelle Symptome

Schmerzen

☐ keine ☐ aushaltbar ☐ stark ☐ Schmerzmittel nötig ☐ Bauch ☐ bis in den Rücken

☐ Schmerz zieht bis in die Beine

☐ vor der Blutung ☐ mit der Blutung ☐ vor und während der Blutung

Stimmung

☐ depressiv ☐ dünnhäutig ☐ gereizt ☐ erschöpft

Verdauung (während der Periode)

☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Übelkeit ☐ aufgebläht

☐ Migräne ☐ Kopfschmerzen

☐ Ödeme / Wassereinlagerung

☐ Schwindel ☐ Herzrasen ☐ Übelkeit

☐ Brustspannen/-schmerzen

☐ andere _____

Zwischenblutungen

☐ 1. Zyklushälfte /nach Monatsblutung ☐ 2. Zyklushälfte / vor Monatsblutung ☐ um Eisprung

Blutung: ☐ normal ☐ stark ☐ wenig

Blutungslänge: _____Tage

Monatshygiene: ☐ Tampons ☐ Binden ☐ Tasse/Cup ☐ Unterwäsche

Welcher Zyklustag ist am Tag des Termins? _____

Merken Sie Ihren Eisprung? ☐ ja ☐ nein

Wie bestimmten Sie Ihren Eisprung?

☐ Mittelschmerz: ☐ Zervixschleim Veränderung: ☐ Temperatur: ☐ App:

☐ Ovulationstest ☐ gesteigerte Libido

Wie häufig haben Sie mit vaginalen Infektionen zu tun?

☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht ☐ in der Vergangenheit

☐ Bakterielle Vaginosen ☐ Pilzinfektionen ☐ Beide

Wie häufig haben Sie Blasenentzündungen?

☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht ☐ in der Vergangenheit

Hatten Sie schon einmal auffällige PAP-Werte? (jährliche Abstrich Gebärmutterhalskrebs, HPV)

☐ HPV ☐ PAP II ☐ PAP III ☐ PAP IV ☐ immer unauffällig

☐ Konisation ☐ hat sich von selbst wieder reguliert

Andere gynäkologische Beschwerden bzw. Erkrankungen

☐ PCOS ☐ Myome ☐ Endometriose ☐ Adenomyose ☐ Zysten ☐ Polypen ☐ Keine

Lipödeme

☐ Keine ☐ Ich vermute es ☐ Stadium 1 ☐ Stadium 2 ☐ Stadium 3

Hatten Sie in Ihrem Leben schon Operationen im Bauchraum?

☐ Blinddarm ☐ Endometriose OP ☐ Bauspiegelung ☐ Sectio/Kaiserschnitt ☐ Myome OP ☐ Darm

☐ Andere _____

Wie geht es Ihrer Schilddrüse?

☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion ☐ Hashimoto Thyreoiditis ☐ Morbus Basedow

☐ ohne Befund ☐ nichts bekannt ☐ Zysten ☐ anderer Befund

Blutwerte Schilddrüse (falls bekannt, gerne Unterlagen per Mail zusenden oder mit zum Termin bringen)

TSH _____ ft3 _____ ft4 _____ TPO-AK _____ Tg-AK _____ TRAk _____

☐ Knoten ☐ kalt ☐ heiß ☐ Zyste

Medikamente: _____ Dosis _____

Gibt es Besonderheiten oder Erkrankungen der Haut oder Schleimhäute?

- ☐ trocken ☐ unrein ☐ Akne ☐ Neurodermitis ☐ Ekzem ☐ sensibel ☐ Rosacea ☐ Lichen Sklerosus
- ☐ gereizte Schleimhäute
- ☐ Andere _____
- ☐ Haarausfall

Unverträglichkeiten (Lebensmittel, die bei Genuss Beschwerden auslösen)

- ☐ keine bekannt ☐ Gluten ☐ Weizen ☐ Kuhmilchprodukte ☐ Laktose ☐ Zucker ☐ Histamin
- ☐ Andere _____

Allergien

- ☐ Heuschnupfen ☐ Pollen und Gräser ☐ Metalle _____ ☐ Medikamente _____
- ☐ Lebensmittel _____ ☐ Andere _____ ☐ Keine

Wie ist Ihre Verdauung? ☐ Gut ☐ habe Probleme

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ☐ 1-2 mal täglich ☐ weniger als 1-2 täglich ☐ mehr als 1-2 mal täglich

- Ich neige zu** ☐ Verstopfungen ☐ Durchfall ☐ Blähungen ☐ breiigen Stühlen ☐ übelriechenden Stühlen
- ☐ explosionsartige Entleerung

Zähne

Sind Ihre Zähne gut versorgt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Füllungen? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Amalgam ☐ Amalgam wurde entfernt

☐ Implantate ☐ Kronen ☐ Brücken

Haben Sie Zahnfleischbluten? ☐ Ja ☐ Nein

Wie ist Ihr Schlaf?

☐ Erholsam ☐ Tief und fest ☐ allgemein gut ☐ stressanfällig ☐ Gedankenkarussell ☐ Grübeln

Wieviel Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? ☐ Weniger als 6 Stunden ☐ 6-8 Stunden ☐ 9 und mehr Stunden

Einschlafprobleme ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal ☐ Durchschlafprobleme ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Früherwachen (1-2 Stunden vorm Aufstehen, meist gegen 4/5 Uhr morgens) ☐ Ja ☐ Nein

Andere Beschwerden / Besonderheiten: _____

Ernährung

☐ Gesunden Mischkost ☐ Vegan ☐ Vegetarisch

☐ Ich koche viel selbst.

☐ Ich achte auf Bio- und Saisonale Produkte.

☐ Fleisch: ☐ viel ☐ wenig ☐ Fisch: ☐ viel ☐ wenig

Ich verzichte auf ☐ Zucker ☐ Gluten ☐ Milchprodukte

☐ Es könnte besser sein

☐ Ich esse auch Fertigprodukte

Trinken Sie ausreichend? ☐ Ja ☐ Nein

Liter täglich:

Was trinken Sie? Wasser Tee Saftschorlen Andere Getränke: _____

Was für Wasser trinken Sie?

☐ Leitungswasser ☐ Gefiltertes Wasser ☐ Aus Glasflaschen ☐ Aus Plastikflaschen

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein:

☐ Keine

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

☐ Keine

Welche Art von Kosmetika benutzen Sie? ☐ Konventionell ☐ Bio/Nachhaltig ☐ beides

Irgendwelche Operationen, Unfälle, längere Krankenhausaufenthalte in Ihrem Leben?

1.

2.

3.

4.

5.

Impfungen: ☐ Standard ☐ Selektiv ☐ Keine

Emotionale und Psychische Gesundheit / Persönlichkeit

Was sind Sie für ein Mensch? Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (3-5 Stichworte)

Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben Psychotherapie oder Coaching in Anspruch genommen?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie schon einmal mit eine der folgenden psychischen Erkrankungen zu kämpfen gehabt?

☐ Depressionen ☐ Angststörung ☐ Essstörung ☐ Burn-out ☐ Andere: _____

Familienanamnese

Gibt es Häufungen an Erkrankungen in Ihrer Familie?

Mütterliche Seite

- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ Sucht
- ☐ Krebs
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzinfarkt / Schlaganfall
- ☐ Übergewicht
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Andere: _____

Väterliche Seite

- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ Sucht
- ☐ Krebs
- ☐ Diabetes
- ☐ Herzinfarkt / Schlaganfall
- ☐ Übergewicht
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Andere: _____

Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt? Was hat Ihre Mutter Ihnen erzählt? (Falls nicht relevant, überspringen!)

Geschwister:

Familienhistorie (bitte freilassen!)

Gibt es noch weitere gesundheitliche Beschwerden oder Schmerzen, die bisher noch nicht zur Sprache kamen?
Können wir dann auch gemeinsam ausfüllen.

Was sollte ich noch über Sie wissen? Was ist noch wichtig, worüber wir noch nicht gesprochen haben?

Bitte freilassen!

Körperliche Untersuchung (bitte freilassen!)

Augendiagnose:

Zungendiagnose:

Blutdruck:

Weiteres

Behandlungsplan: