

Anamneseformular

Damit Ihr Therapeut Untersuchungen korrekt vornehmen und auswerten kann, eine zutreffende Diagnose stellen und Therapien empfehlen kann, braucht er nachfolgende, korrekte Angaben. Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Geb. Datum _____ Beruf _____
Telefon P _____ Telefon G _____
E-Mail _____ Grösse _____ cm Gewicht _____ kg

Wer hat Ihnen eine HFV-Messung empfohlen? _____

Ihr Arzt / Therapeut _____

Mein soziales Umfeld

Ich lebe allein. ich lebe in einer Partnerschaft. Ich habe Familie / Kinder. Ich bin alleinerziehend.

Beruf

Berufliche Tätigkeiten in den letzten 20 Jahren: _____

Ich bin angestellt. Ich bin selbständig erwerbend. Ich bin pensioniert seit: _____

Ich bin schon mit toxischen (giftigen) Stoffen in Kontakt gekommen Ja Welche: _____ Nein
Ich habe eine Tätowierung Ja Nein

Arbeitsplatz / Belastung

bin zufrieden. bin unzufrieden. fühle mich überfordert. fühle mich gemobbt. arbeite körperlich.
 arbeite geistig. arbeite sitzend. arbeite stehend. arbeite im Freien. Stress am Arbeitsplatz.
 Ich arbeite am Bildschirm. bis 2 Stunden. bis 4 Stunden. mehr als 4 Stunden.

Bewegung / Sportliche Aktivitäten

keinen gelegentlich regelmässig viel Sportart: _____

Ich bewege mich täglich mehr als 5 Minuten mit über 140 Pulsschlägen pro Minute? Ja Nein

Fragen zum Schlaf / Schlafqualität

Ich kann gut einschlafen. ich kann schlecht einschlafen. ich kann durchschlafen. ich kann nicht durchschlafen.

Ich liege bequem. Ich liege eher unbequem. Ich fühle mich nach dem Aufstehen erholt? Ja Nein

Ich schlafe ca. _____ Std. in der Nacht. Ich mache, wenn möglich einen Mittagsschlaf Ja Nein

Schlafmittel nehme ich nie gelegentlich regelmässig Ich träume oft selten nie

Ernährungsgewohnheiten

Fleisch, Fisch, Milchprodukte, Eier täglich.

Früchte / Gemüse, Salat täglich.

Ich trinke täglich _____ Liter.

Mein Urin

Alkohol pro Tag (Wein = 0.2 l/Glas, Bier 0.5 l/Glas)

Ich bin Vegetarier

2-3 mal/Woche.

2-3 mal/Woche.

ist dunkelgelb

nie. 1-2 Gläser.

Ich bin Veganer

selten.

selten.

ist hellgelb.

3-4 Gläser.

nie.

nie.

ist farblos.

mehr.

Diagnosen / Krankheiten (1 Aktuell) (2 in den letzten 3 Jahren) (3 in den letzten 20 Jahren)

1 2 3

Alzheimer / Demenz.

Arteriosklerose.

Arthrose.

Asthma.

Bluthochdruck.

Bronchitis.

Brüchige Nägel.

Burnout.

Tagesmüdigkeit.

Covid-19.

Darmerkrankungen.

Depressionen.

Diabetes Typ 1.

Diabetes Typ 2.

Entzündungen.

1 2 3

Epilepsie.

Erkältungen.

Fibromyalgie/CFS.

Gastritis.

Haarausfall.

Rheuma.

Herpes (Simplex, Zoster).

Herzinfarkt.

Herzinsuffizienz.

Herzarrhythmien.

Hyperaktivität (ADHS).

Krebserkrankung.

Augenkrankheiten.

Migräne.

1 2 3

Mitochondriale Myopathie.

Multiple Sklerose (MS).

Neurodermitis.

Niereninsuffizienz.

Leberleiden.

Osteoporose.

Paradontitis.

Parkinson.

Potenzprobleme.

Psoriasis.

Schilddrüsenunterfunktion.

Schilddrüsenüberfunktion.

Tinnitus (Ohrgeräusche).

Zöliakie

Weitere Diagnosen: _____

Unverträglichkeiten / Allergien

Blütenpollen

Tierhaare

Milchprodukte

Gluten

Früchte

Meeresfrüchte

Weitere Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Körperliches Befinden (wie fühle ich mich?)

leide unter Verstopfungen.

habe oft Durchfall.

habe oft Magensäure / Aufstossen.

fühle mich mental gestresst.

bin oft traurig, niedergeschlagen.

ich fühle mich öfter einsam.

ich bin eher der ängstliche Typ.

fühle mich körperlich gestresst.

habe oft schwere Beine.

habe oft schmerzende Beine.

habe oft unruhige Beine.

habe oft kalte Hände, kalte Füße.

mein Herz stolpert manchmal.

habe wandernde Schmerzen.

Rückenschmerzen.

Nervenschmerzen.

habe lokal Schmerzen. Wo?

ich schnarche.

habe Atemaussetzer in der Nacht.

habe ein gutes Gedächtnis.

habe ein schlechtes Gedächtnis.

Wohnsituation / Gewohnheiten / Umwelteinflüsse

- Meine Wohnräume verfügen über eine Fussbodenheizung. Mein Schlafraum hat einen Freistromschalter.
 Ich bin oft Lärm ausgesetzt. Ich benutze ein drahtloses Telefon. Ich habe elektrische Geräte im Schlafzimmer.
 Ich benutze kabellose EDV-Geräte. Ich habe WLAN in der Wohnung. Ich habe WLAN am Arbeitsplatz.
Ich benutze mein Mobiltelefon (inkl. SMS). 1-5 mal täglich. bis 10 mal täglich. mehr als 10 mal täglich.
Ich rauche nie, gelegentlich, regelmässig. Ich rauche seit: _____ Jahren. Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

Andere Rauchwaren: _____ Andere Drogen / Aufputschmittel: _____

Welche Einrichtungen befinden sich in Ihrem Umfeld (ca. 200 Meter)

- Mobilfunkantenne. Bahnlinie. Hochspannungsleitung. Flughafen. Trafostation. Militäreinrichtung.

Fragen an Frauen

- Mein Zyklus ist regelmässig. Mein Zyklus ist unregelmässig.
 Mein Blutverlust ist klein, normal, gross.
 Ich habe Zyklusschmerzen (PMS). Ich bekomme während dem Zyklus vermehrt Kopfschmerzen oder Migräne.
 Ich leide unter Stimmungsschwankungen. Ich habe Libidoprobleme.
 Ich bin in den Wechseljahren. Ich habe Wechseljahrbeschwerden (Hitzewallungen, etc.).

Fragen an Männer

- Ich habe oft Harndrang. Ich habe einen normalen Harnstrahl. Ich habe einen eher schwachen Harnstrahl.
 Ich muss täglich mehr als 4-mal Wasser lassen. Ich muss in der Nacht in der Regel mehr als 2-mal auf die Toilette.
 Ich habe Libidoprobleme. Ich leide unter Stimmungsschwankungen.

Medikamente?

- Ich nehme keine Medikamente ein (Achtung: auch die Antibabypille ist ein Medikament).

Ich nehme folgende Medikamente ein:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker. | <input type="checkbox"/> Blutverdünner. | <input type="checkbox"/> Antidepressiva. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Medikamente (Tabletten). | <input type="checkbox"/> Hormone. | <input type="checkbox"/> Ritalin. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Medikamente (Insulin). | <input type="checkbox"/> Mittel zur Gewichtsreduktion. | <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel. |
| <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker. | <input type="checkbox"/> Rheuma-, Gichtmittel. | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel. |
| <input type="checkbox"/> Betablocker. | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka. | <input type="checkbox"/> Abführmittel. |

Weitere nicht erwähnte Medikamente: _____

- Ich bin gegen Covid-19 nicht geimpft. Ich bin gegen Covid-19 geimpft.

Nebenwirkungen: _____

Familiäre Erkrankungen

In meiner Familie sind Grosseltern, Eltern, Geschwister an folgenden Krankheiten erkrankt / gestorben:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen. | <input type="checkbox"/> Diabetes. | <input type="checkbox"/> Parkinson. |
| <input type="checkbox"/> Rheuma. | <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen. | <input type="checkbox"/> Alzheimer. |
| <input type="checkbox"/> Depressionen. | <input type="checkbox"/> Hirnschlag. | <input type="checkbox"/> Demenz vor Alter 80. |
| <input type="checkbox"/> Andere psychische Erkrankungen. | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten. | <input type="checkbox"/> Demenz nach Alter 80. |
| <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten. | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen (Schilddrüse). | |

Säure-Basen-Haushalt

Mein pH-Wert liegt bei _____ im Morgenurin. Ich habe manchmal Krämpfe. Wo? _____

Zustand der Zähne

habe Amalgamplomben im Mund. Amalgamplomben wurden entfernt.
 meine Mutter hat Amalgamplomben. ich habe Implantate. Welche? _____

Mögliche toxische Belastungen

Medikamente. Fotokopiergeräte. Weitere: _____

Durchgeführte oder empfohlene Therapien in den letzten 12 Monaten

Durchgeführte oder empfohlene Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 5 Jahren

Präventions- / Vorsorgemassnahmen bisher

Bevorstehende Operationen / Wann?

Ort / Datum: _____

Wird vom Therapeuten ausgefüllt

Therapie-Empfehlungen:

PH-Wert im Morgenurin prüfen (6.4 – 7.4) _____

Defizitäre Nährstoffe:

morgens mittags abends

_____	/	/
_____	/	/
_____	/	/
_____	/	/
_____	/	/