

# ANAMNESEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN UND KLIENTEN

**Praxis Körper & Körper**  
Heilpraktik – Osteopathie – Systemisches Coaching  
Zülpicher Str. 355  
50935 Köln  
0152-21745748  
kontakt@praxiskoerferundkoerfer.de  
www.praxiskoerferundkoerfer.de

Liebe Patienten und Klienten,

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn der Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können. **Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen. Scannen oder fotografieren Sie den ausgefüllten Bogen und schicken ihn mir per E-Mail oder bringen ihn zu unserem ersten Termin mit.** Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich wurde empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt/mitbehandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich  privat  gesetzlich mit Zusatz  Beihilfe

Größe (cm) / Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal in heilpraktischer/osteopathischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, bei wem und wann? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, bei wem und wann? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal bei einer Systemischen Beratung?  ja  nein

Wenn ja, bei wem und wann? \_\_\_\_\_

Auf Grund welcher Beschwerden kommen Sie in unsere Praxis?

---



---



---

Was ist Ihr gesundheitliches Ziel?

---



---

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und was war der Auslöser dafür?

---



---



---

Gibt es relevante Befunde, z.B. Röntgen, MRT, CT, Labor? Falls ja, bitte zur Behandlung mitbringen.

---



---



---

Leiden Sie unter folgenden Symptomen oder Krankheiten? Bitte ankreuzen:

Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>	Ohrgeräusche/Tinnitus	<input type="checkbox"/>	Gallen-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	Lungen-/ Bronchial-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Pankreas-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Magen-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Blasen-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Verdauungs-Störungen	<input type="checkbox"/>	Prostata-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	Gebärmutter-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaften/ Geburten	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankheit	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulen-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Zahn- und Kiefer-Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen-Fehlfunktion	<input type="checkbox"/>	Gelenk-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden/ Globus-Gefühl	<input type="checkbox"/>	Muskel-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>
Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Knochen-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	Angstzustände	<input type="checkbox"/>
Gefühlsschwankungen	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Unlust	<input type="checkbox"/>	Aggressionen	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Gab es Auslöser für diese Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Impfungen, Medikamente, Zahnbehandlungen, Operationen, etc.?

---

Welche Behandlungen haben Sie bisher gegen diese Beschwerden unternommen?

---

Verfügen Sie über eines oder mehrere der folgenden Gegenstände/körperlichen Veränderungen? Bitte ankreuzen:

Dental-Brücken/-Prothesen	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/>
Zahnspange	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	Piercings	<input type="checkbox"/>
Zahnschiene	<input type="checkbox"/>	Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	Tätowierungen	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	Gelenkprothesen	<input type="checkbox"/>	Brandings	<input type="checkbox"/>

Wo wurden diese Eingriffe vorgenommen? Name der Praxis oder des Institutes:

---

Welche Materialien wurden verwandt?

---

Welche Unfälle hatten Sie?

---

---

---

Welche Operationen hatten Sie? Gibt es noch Material (z.B. Metall) in Ihrem Körper?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Dosierungen)?

---

---

---

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein (Dosierungen)?

---

---

Sind oder waren Sie in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann und bei wem?

---

---

---

Gibt es Infekte? Wenn Ja, wie oft pro Jahr?

Grippale Infekte		Nasennebenhöhlenentzündungen		Mittelohrentzündungen
Angina		Blasenentzündungen		

Nehmen Sie Antibiotika ein? Falls ja, wie oft pro Jahr?

Gibt es sonstige Erkrankungen (z.B. Hepatitis, Epstein Barr, Zähne etc.)?

Welche Impfungen hatten Sie bisher?

Polio		Tetanus		Diphtherie	
Keuchhusten		Hepatitis A		Hepatitis B	
Masern		Mumps		Röteln	
Zecken/FMSE		Grippe		Covid	

Wie sind Ihre Lebensgewohnheiten (pro Tag)? Bitte ankreuzen:

<b>Wasser</b>	3 Liter		2 Liter		1 Liter		unter 1 Liter	
<b>Kaffee</b>	3 Tassen		2 Tassen		1 Tasse		weniger als 1 Tasse	
<b>Alkohol</b>	3 Gläser		2 Gläser		1 Glas		weniger/nie	
<b>Milch</b>	3 Gläser		2 Gläser		1 Glas		weniger/nie	
<b>Getreide</b>	viel		mittel		wenig		nie	
<b>Zucker</b>	viel		mittel		wenig		nie	
<b>Nikotin</b>	25 Zigaretten		15 Zigaretten		5 Zigaretten		weniger	
<b>Bewusstseins-erweiternde Substanzen</b>	viel		mittel		wenig		nie	

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Gibt es bekannte Allergien?

Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

Laktoseintoleranz		Fruktoseintoleranz		Histaminintoleranz	
Allergien vom Soforttyp IgE		Allergien vom verzögerten Typ IgG		Zöliakie/Sprue	

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie schlecht?

---

Welche Reaktionen haben Sie auf unverträgliche Nahrungsmittel?

---

Wie ist Ihre Verdauung, Magen-Darm-Trakt?

Völlegefühl nach dem Essen		Übelkeit nach dem Essen		Blähbauch	
Sodbrennen		vermehrtes Aufstoßen		Appetitlosigkeit	
abgehende Winde übelriechend		abgehende Winde geruchsneutral		Verstopfung	
Tendenz zu weichen Stühlen		Durchfall		Wechsel von Durchfall und Verstopfung	
Gastritis		Magengeschwür		Hämorrhoiden	
Stuhlgang täglich		Stuhlgang alle 2-3 Tage			
sonstiges					

Wie schätzen Sie Ihren regelmäßigen emotionalen Stress ein? (Zweifel, Gedankenkarussell, Erregtheitszustand, Unsicherheit, etc.)

1= sehr entspannt und zuversichtlich, 10= sehr gestresst



Wie äußert sich Ihr Stress oder Ihre Entspannung? Beschreiben Sie die Zustände?

---

Was sind Ihre immer wiederkehrenden Probleme/Themen in Ihrem Leben, die Sie gerne verändern möchten?

---

Inwieweit sind Ihnen die Lebensstilbedingungen Ihrer Ahnen bekannt? Antwort basierend auf dem Gefühl.

1= kaum bekannt, 10= sehr bewusst



Welche Muster sind Ihnen bekannt, die sich innerhalb der Familie regelmäßig wiederholen?

Krankheiten		Einstellungen und Einsichten		Ernährung	
körperliche Probleme		körperliche Fitness		Gefühlsmuster	
Traumata					
sonstiges					

Welche wiederkehrenden Konflikte gibt es in Ihrem Familiensystem?

---

Welche Erkrankungen gibt es in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister):

Bluthochdruck		Diabetes		Feststoffwechselstörungen	
Herzinfarkt		Asthma		Erbkrankheiten	
Krebs					
sonstiges					

Wie geht es Ihnen in Ihrem sozialen Umfeld im Gesamten?

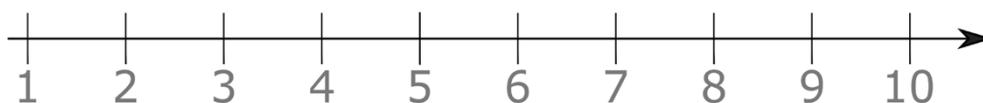
---

Welche Aspekte in Ihrem Umfeld spenden Ihnen Energie? Welche ziehen Ihnen Energie? (Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskollegen)

---

Wie sieht Ihre Schlafqualität aus? Ein – und Durchschlafverhalten?

1= schlechte Schlafqualität, 10= sehr gute Schlafqualität



Wie sehen Ihre Schlafbedingungen aus?

Regelmäßig		unregelmäßig	
Anzahl der Stunden			
Elektrosmog		Lärm	
sonstiges			

Inwieweit bewegen Sie sich? Treiben Sie regelmäßig Sport? Welche Art von Sport treiben Sie?

---

Inwieweit sind Sie Bedingungen ausgesetzt, die auf Ihren Körper wirken (Positiv wie negativ) z.B. Elektrosmog, Gifte, Natur, frische Luft, etc.

---

Wieviel sind Sie in der Sonne? Wenn ja, wie oft und wie viel Körperoberfläche (ohne Sonnencreme)?

---

Kennen Sie Ihren Vitamin D Wert? Wenn ja, wie hoch ist er?

---

Haben Sie Amalgamfüllungen? Gegenwart/Vergangenheit)

---

Essen Sie nicht biologische Lebensmittel? Wenn ja, wie oft?

---

Was trinken Sie? Kommen Ihre Getränke aus Plastikflaschen oder Tetrapacks?

---

Welche Arbeitsplatzbedingungen haben Sie und welchen Giften sind Sie ausgesetzt?

Plastik		Kosmetik		Lacken	
Haarspray		Abgase		Lösungsmittel	
sonstige					

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

---

Ort/Datum

---

Unterschrift/ggf. Unterschrift ges. Vertreter