

Privatpraxis
Dr. med. Angelika Höflich
Fachärztin für Allgemeinmedizin – Naturheilverfahren
Integrative & Biologische Medizin
Gartenstr. 15 – 64625 Bensheim – Tel. 06251/9844599

Anamnesefragebogen für Erstpatienten: bitte vollständig ausfüllen.

Für neue Patienten zum Einlegen in die Karteikarte (ist wie alle persönlichen Daten etc. der ärztlichen Schweigepflicht unterworfen - s. Datenschutzgesetz).

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Anschrift, Telefon:

Krankenkasse:

Beruf:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bisher durchgemachte oder bestehende nennenswerte Erkrankungen

(Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte, chronische Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, chronische Infektionen etc.):

Bekannte krankhafte Laborwerte (z.B. erhöhte Harnsäure, Cholesterin, etc., bitte letzte Befunde möglichst in Kopie zum Ersttermin mitbringen):

Allergien gegen Medikamente (z.B. Penicillin), gegen andere Substanzen?

Heuschnupfen, Asthma, Ekzeme?

Verdauungsstörungen (z.B. Verstopfung, Durchfall, Magenbeschwerden, häufige Blähungen):

Chronische familiäre Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-, Tumor-Erkrankungen, Diabetes, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen):

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wieviel pro Tag bzw. pro Woche?

Bei Patientinnen: Liegt z. Z. eine Schwangerschaft vor?

**Haben Sie Amalgamfüllungen, Implantate, wurzelbehandelte bzw. „tote“ Zähne?
Wenn ja, was, wie viele jeweils?**

Wann waren Ihre letzten Impfungen (bitte Impfpass mitbringen)?

Impfungen gegen Corona? ja / nein

Wenn ja, wie viele? Wann war die letzte Impfung?

**Nehmen Sie z. Z. Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung
pro Tag (bitte Medikamentenplan mitbringen, wenn vorhanden)?**

**Nehmen Sie Psychopharmaka (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika etc.) ein? Wenn
ja welche, seit wann?**

**Wenden Sie Hormonpräparate an? Wenn ja, welche Präparate und ob bioidentisch
oder rein allopathisch und in welcher Dosierung?**

**Nehmen Sie z. Z. Nahrungsergänzungspräparate (z.B. Vitaminpräparate) ein?
Wenn ja, welche Präparate und von welchem Hersteller?**

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost? Gemüse/ Salat wieviel pro Woche?

Fleisch/Wurst wieviel pro Woche?

Vegetarisch? Vegan?

Biologisch? teilweise / überwiegend?

Wie oft haben Sie pro Woche Sport bzw. Bewegung, welche Sportart?

Haben oder hatten Sie Haustiere? Ja/nein Wenn ja, welcher Art?

Hatten Sie schon einmal einen Zeckenbiss? Wenn ja, wann (eventuell wie viele)?

Haben Sie zuhause 24 - Std. - W“ lan? ja/ nein / nachts aus

Welche akuten bzw. aktuellen Beschwerden haben Sie?

Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit generell?

Sehr wichtig / wichtig / weniger wichtig / nicht wichtig
(bitte Zutreffendes unterstreichen).

Welche Vorstellung haben Sie selbst darüber, wie Ihnen konkret geholfen werden kann? Welches gesundheitliche Ziel haben Sie? (bitte in kurzen Stichworten)

Welche Therapieschwerpunkte interessieren Sie besonders (bitte ankreuzen)?

- o Aufbautherapien mit Mikronährstoffen
- o Entgiftungsdiagnostik und Entgiftungsbehandlungen
- o Biologische Gefäßtherapien/ Chelattherapien
- o Aufbautherapien speziell für das Immunsystem
- o HPU-Diagnostik bzw. -Behandlung
- o Ernährungsberatung
- o Darmsanierungsbehandlung
- o Bioidentische Hormontherapie
- o Entsäuerungsbehandlung
- o Biologische Schmerzbehandlung
- o Diagnostik und Beratung bei chronischen Infektionen (z.B. Borreliose)
- o Lifestyleberatung
- o Bioenergetische Diagnostik
- o Biologische komplementärmedizinische Tumorbehandlungen
- o Andere:

Hiermit versichere ich, dass die angegebenen Daten richtig sind und keine wesentlichen Angaben zu meiner Anamnese verschwiegen wurden.

.....
Datum

Unterschrift