

	<p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Anamnesebogen Privat 04.01.2022</p>	<p align="center">Dr. med. C. Freye und Kollegen Praxiszentrum für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, Ganzheits- und Vorsorgemedizin Johannes-Daur-Str. 13 70825 Korntal-Münchingen</p>
---	--	--

Anamnese

Name _____
 Beruf _____
 Größe _____ cm
 Gewicht _____ kg

Lifestyle

ja nein Raucher?
 falls ja, wieviel/Tag? _____

ja nein Alkohol?
 falls ja, wieviel/Woche? _____

ja nein Drogen?
 falls ja, was, wie oft? _____

ja nein spezielle Ernährungsform?
 falls ja, welche? _____

ja nein Sport?
 falls ja, was, wie oft? _____

Stoffwechsel

ja nein Arteriosklerose?
 ja nein Herzinfarkt?
 ja nein Schlaganfall?
 ja nein Diabetes mellitus Typ 1?
 ja nein Diabetes mellitus Typ 2?
 ja nein Blutdruck zu hoch?
 falls ja, wie hoch? _____

ja nein Blutdruck zu niedrig?
 ja nein Blutfette zu hoch?

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Revision / vom:
Erstellt am: 04.01.2022	Freigegeben am: 04.01.2022	Seite 1 von 5

	Qualitätsmanagement Anamnesebogen Privat 04.01.2022	Dr. med. C. Freye und Kollegen Praxiszentrum für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, Ganzheits- und Vorsorgemedizin Johannes-Daur-Str. 13 70825 Korntal-Münchingen
---	--	--

Bewegungsapparat

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Gelenkentzündung? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Arthrose? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Rheuma? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wirbelsäulenprobleme? |
| falls ja, welche? | | _____ |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Osteoporose? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Gicht? |

Haut

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Neurodermitis? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Psoriasis? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Akne? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nesselsucht? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hauttrockenheit? |

Immunsystem

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Infektanfälligkeit? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Chronische Infektion? |
| falls ja, welche? | | _____ |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Autoimmunerkrankung? |
| falls ja, welche? | | _____ |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Wundheilungsstörung? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Borreliose? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herpes-Infektion? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Asthma? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Allergien? |
| falls ja, welche? | | _____ |

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Revision / vom:
Erstellt am: 04.01.2022	Freigegeben am: 04.01.2022	Seite 2 von 5

	<p style="text-align: center;">Qualitätsmanagement</p> <p style="text-align: center;">Anamnesebogen Privat 04.01.2022</p>	<p style="text-align: center;">Dr. med. C. Freye und Kollegen Praxiszentrum für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, Ganzheits- und Vorsorgemedizin Johannes-Daur-Str. 13 70825 Korntal-Münchingen</p>
---	--	---

Magen-Darm-Trakt

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Reizdarm? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Verstopfung? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Durchfall? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blähungen? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Darmentzündung? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Gastritis? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Fruktoseintoleranz? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Laktoseintoleranz? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Glutenintoleranz? |

Hormonelle Dysbalance

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | PMS? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zyklusstörung? |
| falls ja, welche? | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | schmerzhafte Periode? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Myom? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Gebärmutter entfernt? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Eierstöcke entfernt? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | PCO-Syndrom? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Endometriose? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Hitzewallungen? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | nächtliches Schwitzen? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ödeme? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Haarausfall? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | vermehrte Behaarung? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Libidoverlust? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenüberfunktion? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenunterfunktion? |

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Revision / vom:
Erstellt am: 04.01.2022	Freigegeben am: 04.01.2022	Seite 3 von 5

	<p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Anamnesebogen Privat 04.01.2022</p>	<p align="center">Dr. med. C. Freye und Kollegen Praxiszentrum für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, Ganzheits- und Vorsorgemedizin Johannes-Daur-Str. 13 70825 Korntal-Münchingen</p>
---	--	--

Schadstoffbelastung

ja nein
sonstige Schadstoffe

Amalgambelastung

Neurostress

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stressbelastung?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Müdigkeit? Erschöpfung?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Antriebslosigkeit?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Konzentrations- / Gedächtnisstörung?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schlafstörungen?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Heißhunger?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ängste? Panikattacken?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nervosität?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ADS / ADHS?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Depressive Verstimmung?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Depression?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kopfschmerzen? Migräne?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fibromyalgie?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tinnitus?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Restless-Legs-Syndrom?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	M. Parkinson?

Urogenitaltrakt

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blasenentzündungen?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Harninkontinenz?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Reizblase?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Prostatavergrößerung?

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Revision / vom:
Erstellt am: 04.01.2022	Freigegeben am: 04.01.2022	Seite 4 von 5

	<p align="center">Qualitätsmanagement</p> <p align="center">Anamnesebogen Privat 04.01.2022</p>	<p align="center">Dr. med. C. Freye und Kollegen Praxiszentrum für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin, Ganzheits- und Vorsorgemedizin Johannes-Daur-Str. 13 70825 Korntal-Münchingen</p>
---	--	--

Tumorerkrankungen

ja nein

falls ja, welche? _____

Wann? _____

ja nein Chemotherapie?

ja nein Radiotherapie?

ja nein Mistel?

ja nein Sonstige Behandlung?

falls ja, welche? _____

Andere Erkrankungen

Familienanamnese

ja nein Arteriosklerose?

ja nein Herzinfarkt?

ja nein Schlaganfall?

ja nein Bluthochdruck?

ja nein Diabetes Typ II?

ja nein Hohe Blutfette?

ja nein Krebserkrankungen?

ja nein Asthma?

ja nein Depression?

ja nein Übergewicht?

ja nein Osteoporose?

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Revision / vom:
Erstellt am: 04.01.2022	Freigegeben am: 04.01.2022	Seite 5 von 5