

Anamnesebogen



PRAXIS FÜR
FUNKTIONELLE MEDIZIN
LARIANA TSIKNIDI

Anamnese

Name:

Geb.:

Anschrift:

Tel.:

Beschwerden (kurz):

Medikamente (aktuell):

Unverträglichkeiten (auch Medikamente):

Covid-Impfungen: ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wie viele, ☐
wann war die letzte Impfung?

Nikotin: ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wieviel tgl.?

Alkohol: ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wieviel?

Drogen: ja ☐ nein ☐ Wenn ja, was und wieviel?

Krankheitsgeschichte: (Bitte notieren Sie möglichst genau das Datum,

**Sollte der Platz nicht reichen nutzen Sie gerne auch das beigefügte
Leerblatt)**

Datum	Alter	Krankheit/ Ereignisse/ Behandlungen
-------	-------	-------------------------------------



PRAXIS FÜR
FUNKTIONELLE MEDIZIN
LARIANA TSIKNIDI

Praxis für Funktionelle Medizin Lariana Tsiknidi
Torfsteg 11
17033 Neubrandenburg

Beruf: (Ausbildung, als was gearbeitet?)

Familienanamnese: Erkrankungen bzw. Vorbelastungen familiär

Oma:

Opa:

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Schlafverhalten (notieren Sie kurz wie es momentan bei Ihnen ist)

Einschlafen:

Durchschlafen:

Lage:

Träume:

Gemütssymptome (notieren Sie kurz)

Ängste: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Antriebslosigkeit: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann besonders?

Depressive Stimmung: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann?

Stress: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann besonders?

Kummer/Trauma: ja ☐ nein ☐

Wenn ja, warum/welches?

Wut/Ärger: ja ☐ nein ☐

Wenn Ja, warum?

Konzentration:

Gedächtnis:

Nahrungsmittel (bitte notieren Sie kurz)

Verlangen:

Abneigung:

Unverträglichkeiten:

Durst:

Appetit:

Mahlzeiten (bitte notieren Sie kurz)

Früh:

Mittag:

Abend:

Toxinbelastungen (bitte notieren Sie kurz)

Schwermetalle:

Holzschutzmittel:

Bakterien:

Zahnmaterialien:

Kunststoffe:

Pestizide:

Schimmelpilze:

Kopf zu Fuß

Kopf

z.B. Haut, Haare, Schmerzen, Migräne

Schwindel / Ohnmacht

Augen

z.B. Sehen, Gerstenkörner, Iritis, morgendliche Schwellung

Ohren

z.B. Hören, Tinnitus, Entzündung

Nasen-/Kiefer-/Stirnhöhlen

z.B. Geruchssinn, Schnupfen, Verstopfung

Gesicht

z.B. Lippen, Trockenheit, Risse, Hautausschlag

Zähne

z.B. Störfelder, Wurzelbeh., Blutungen, Metalle, Kunststoffe

Mund

z.B. Geschmack, Aphten, Speichelfluss

Zunge

z.B. Belag

Hals/Tonsillen/Schilddrüse

z.B. Kloß, Entzündungen

Ösophagus/Magen

z.B. Schmerz, Rhythmusstörung

Leber/Galle/Pankreas

z.B. Kolik, Entzündung

Herz

z.B. Schmerz, Rhythmusstörung

Mamma (Brust)

Lunge

z.B. Husten, Auswurf, Luftnot

Niere/Blase/Prostata

z.B. Geruch, Schmerzen

Uterus/Mens

Haut/Haare/Nägel

z.B. Brüchig

Wirbelsäule/ Gelenke

z.B. Schmerzen/ Einschränkungen