



**Dr. med. Stefan Kanduth-Grahl**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren

Soltauer Str. 15 · 21335 Lüneburg

Tel. 04131 43303 · Fax 04131 46443

praxis@hausarzt-am-kurpark.de

[www.hausarzt-am-kurpark.de](http://www.hausarzt-am-kurpark.de)

## Anamnesebogen

### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Je mehr wir über Sie erfahren, desto besser können wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen.

Wir bitten Sie deshalb, diesen Anamnesebogen direkt am PC so weit auszufüllen, wie es Ihnen möglich und angenehm ist und ihn per Mail an [praxis@hausarzt-am-kurpark.de](mailto:praxis@hausarzt-am-kurpark.de) zu schicken oder auszudrucken und ihn uns per Post oder persönlich zukommen zu lassen. Den Rest können wir in unserem ersten Gespräch klären, selbstverständlich auch Fragen Ihrerseits, die beim Ausfüllen auftauchen können. Notieren Sie sich diese gerne (am Ende des Formulars ist Platz für Ihre Notizen), damit wir Ihnen in unserem Erstgespräch diese Fragen beantworten können.

Name, Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Beruf: ..... E-Mail: .....

Tel. (Mobil): ..... Tel. (Festnetz): .....

Krankenkasse: ..... Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg

Hausarzt: ..... Zahnarzt: .....

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: .....  auf Empfehlung von: .....

Internet über:  Ärztebewertungsportale  Praxishomepage  Sonstiges: .....

### Beziehungssituation

Ich bin  allein lebend  geschieden  verheiratet  in fester Partnerschaft

Ich habe ..... Kind/er  Ich habe keine Kinder  Ich hatte ..... Fehlgeburt/en

Ich hatte ..... Schwangerschaftsabbrüche  Ich habe unerfüllten Kinderwunsch

**Derzeitige berufliche Tätigkeit:** ..... **Wochenarbeitszeit:** ..... Std.

### Sind Sie aktuell in Behandlung bei?

Arzt  Heilpraktiker/in  Psychotherapeut/in  Physiotherapeut/in  Osteopath/in

### Welches Anliegen führt Sie zu uns?

.....  
.....

**Erkrankungen der Familie:**

**Mutter**

**Vater**

**Geschwister**

- Bluthochdruck  Mutter  Vater  Geschwister
- Diabetes  Mutter  Vater  Geschwister
- Herzinfarkt  Mutter  Vater  Geschwister
- Schlaganfall  Mutter  Vater  Geschwister
- Krebserkrankung (welche?)  ..... Mutter  ..... Vater  ..... Geschwister  .....
- Neurodermitis / Allergie / Asthma  Mutter  Vater  Geschwister
- Depression / Nervenleiden  Mutter  Vater  Geschwister

Andere wichtige Erkrankungen: .....

Mutter verstorben?  nein  ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

Vater verstorben?  nein  ja Wann? ..... Alter? ..... Woran? .....

**Wie wurden Sie geboren?**  spontane Geburt  per Kaiserschnitt  weiß ich nicht

**Wurden Sie gestillt?**  ja  nein  weiß ich nicht

**Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten?**

- noch nie**  **auffällig waren schon mal:**  Leberwerte  Nierenwerte  Cholesterin
- Blutzuckerwerte  Entzündungswerte  Eisenmangel  Blutarmut  Schilddrüsenwerte

**Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?**

- Masern  Keuchhusten  Röteln  Scharlach  Mumps  Windpocken

**Infektanfälligkeit**

Grippe / Erkältung o.ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Mandel-, Nasennebenhöhlen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Blasenentzündung o.ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich ..... mal pro Jahr

Sonstiges / Ergänzungen:  
.....  
.....

**Hatten Sie Unfälle, Verletzungen, Operationen oder sonstige schwerwiegende Ereignisse?**

nein  Ja

Jahr	Ereignis
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**Welches Ereignis war das schwerwiegendste / wichtigste?**

.....  
.....

**Antibiotikabehandlungen:**

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: ..... mal. Welche (wenn bekannt)? .....

In den **letzten 10 Jahren** insgesamt: ..... mal

**Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?**

- |   |             |  |             |
|---|-------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                  | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            | wann? ..... | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                        | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung                   | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall           | wann? ..... | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                         | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen  | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Rheuma                                  | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Thrombose              | wann? ..... | <input type="checkbox"/> Hörsturz / Tinnitus                     | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie          | wann? ..... | <input type="checkbox"/> Depression / Nervenleiden               | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                           | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Asthma                 | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                            | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> COPD / Emphysem        | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Andere Allergien                        | seit: ..... |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm               | seit: ..... | <input type="checkbox"/> Letzter Allergietest war im Jahr: ..... |             |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung        | wann? ..... | Wenn ja, welche? .....   |             |

Notieren Sie bitte **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z.B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75. Bitte aktuelle Medikamente mitbringen, falls vorhanden.

Medikament	morgens	mittags	abends	z. Nacht	nur bei Bedarf
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Veränderung Ihres Körpergewichts:**

Ich habe in den letzten 10 Jahren unter dem Strich:

- mein Gewicht gar nicht verändert ..... kg zugenommen ..... kg abgenommen

**Rauchgewohnheiten:**

- Ich bin Nichtraucher  immer schon  seit ..... Jahren
- Ich rauche durchschnittlich etwa ..... Zigaretten / Tag  früher rauchte ich ..... Zigaretten / Tag

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**

- nein  ja, ..... mal pro Woche für ca. .... Minuten. Sportart / -en: .....

### Haben Sie Amalgamfüllungen?

nein  ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr Amalgamfüllungen

### Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

nein  ja, ich habe  1-2  3-5  6-8  9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate?  nein Wo? .....

Überkronte Zähne?  nein Welche? .....

Wurzelgefüllte / tote Zähne?  nein Welche? .....

Wurde einmal eine Röntgenuntersuchung der Zähne durchgeführt?  nein Wann? .....

### Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ..... mal pro Tag, wenn nicht täglich: ..... mal pro Woche

regelmäßig  unregelmäßig

Konsistenz des Stuhls überwiegend:  hart  normal  breiig  Durchfall

### Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen / -krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase / Naselaufen / Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl / Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fortsetzung: Leiden Sie oder litten Sie früher schon mal an folgenden Beschwerden?**

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Hüftprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme / -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit / Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen, tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen, nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libido / Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie oft essen / trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal tägl.	mehrfach tägl.
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot / Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colagetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energy-Drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? ..... Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

.....

.....

Welche Ziele möchten Sie erreichen?

.....

.....

**BITTE BRINGEN SIE UNBEDINGT IHREN IMPFAUSWEIS MIT!**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Ihr Hausarzt am Kurpark**

**Dr. med. Stefan Kanduth-Grahl**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren

Soltauer Str. 15 . 21335 Lüneburg

Tel. 04131 43303 . Fax 04131 46443

praxis@hausarzt-am-kurpark.de

[www.hausarzt-am-kurpark.de](http://www.hausarzt-am-kurpark.de)

**Platz für Ihre Fragen / Notizen**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....