



Dr. med. Angelika Lohfink  
Innere Medizin  
Naturheilverfahren  
Homöopathie  
Ernährungsmedizin  
Rheumatologie

Am Bahnhofplatz 1+2  
38667 Bad Harzburg  
Tel. 05322 – 90 19 97  
Fax 05322 – 78 45 05  
praxis.lohfink@gmail.com  
www.praxis-lohfink.jimdo.com

---

## Gesundheitsfragebogen / HOM Anamnesebogen

Datum

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Hausarzt

E-Mail

Telefon Festnetz und/oder mobil

Krankenkasse

privat bei

Selbst bei

Bei Minderjährigen oder Ehepartnern:

versichert über

Name

Vorname

Adresse, falls abweichend

Versicherung

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden

Auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

Internet

Ärzteportal – welches \_\_\_\_\_

Praxishomepage

**Grund für den Praxisbesuch bei mir :**

**Bisher gestellte Diagnosen :**

Von besonderem Interesse sind z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen (welche?), Allergien, Neurodermitis, Asthma, Depressionen, Nervenleiden etc

**Regelmäßig eingenommene Medikamente :**

auch Verhütungsmittel, Schmerzmittel, Schlafmittel etc.

Sollten Sie einen Medikamentenplan haben geben Sie uns diesen bitte stattdessen zur Ansicht.

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	nach Bedarf

**Unregelmäßig eingenommene Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel etc. :**

Bitte listen Sie alle sonstigen Einnahme auf – auch Drogeriepräparate

## **Impfungen :**

(bitte legen Sie uns auch Ihren Impfausweis vor, falls vorhanden)

Reaktionen auf Impfungen

## **Operationen :**

### **Aktuelle Beschwerden zu oben genannten Diagnosen :**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

### **Aktuelle Beschwerden, die keiner Diagnose eindeutig zugeordnet werden können :**

- 1.
- 2.
- 3.

### **Gab es bei früheren Blutuntersuchungen einmal Auffälligkeiten?**

noch nie

Auffällig waren schon einmal:

- |  |                                     |                                      |                                    |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entzündungswerte  | <input type="checkbox"/> Leberwerte | <input type="checkbox"/> Nierenwerte | <input type="checkbox"/> Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerwerte   | <input type="checkbox"/> Eisenwerte | <input type="checkbox"/> Blutarmut   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenwerte |                                     |                                      |                                    |

**Frühere Erkrankungen :**

Erkrankungen im Kindesalter : (Ablauf, Beschwerden, Rückfallneigung, Fieber)

Infektionskrankheiten : (Ablauf, Beschwerden, Rückfallneigung, Fieber)

Störungen der Entwicklung im Kindesalter :

**Allgemeine Krankengeschichte :**

**Temperaturempfinden :**

Eher  Frieren oder  Schwitzen

Verlangen oder Abneigung nach Hitze, Sonne, Kälte, frische Luft

**Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden :**

Beschwerde	fast nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten					
Auswurf					
Schleimgefühl Hals / Rachen					
Verstopfte Nase Nasenlaufen, Niesen					
Luftnot bei Anstrengung / Ruhe					
Enge-/ Beklemmungsgefühl der Brust					
Einschlafstörung					
Durchschlafstörung					
Schnarchen					
Nächtliche Atemauffälligkeiten / Pausen					
Nächtliches Wasserlassen					
Nächtliches Zähneknirschen					
Morgendliche					

Unausgeschlafenheit					
Müdigkeit am Tag					
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung					
Konzentrationsstörung					
Gedächtnisstörung					
Schwindel					
Heißhungerattacken					
Appetitlosigkeit					
Mundgeruch					
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule					
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule					
Hüftprobleme/-schmerzen					
Knieprobleme/-schmerzen					
Sonstige Gelenkbeschwerden					
Muskel- / Wadenkrämpfe					
Muskelschwäche					
Antriebslosigkeit /Lustlosigkeit					
Traurigkeit / Depressivität					
Vermehrtes Schwitzen tagsüber					
Kopfschmerzen					
Haarausfall					
Hautprobleme (Jucken, Rötungen, Akne)					
Gehäuftes Wasserlassen					
Augentrockenheit Augenentzündungen					
Mundtrockenheit					
Wassereinlagerungen (Hände, Füße)					
Fersenschmerzen					
Achillessehnenbeschmerzen					

**Infektanfälligkeit :**

Grippe / Erkältung / Nasennebenhöhlen / Bronchitis

In den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ mal pro Jahr

Blasenentzündungen

In den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ mal pro Jahr

Magen-/Darminfektionen

In den letzten 5 Jahren durchschnittlich \_\_\_\_\_ mal pro Jahr

**Antibiotikagaben :** (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündungen, Zahnproblemen, Operationen...)

In den ersten 5 Lebensjahren insgesamt \_\_\_\_\_ mal.

In den letzten 10 Jahren insgesamt \_\_\_\_\_ mal.

**Rauchgewohnheiten :**

Ich bin Nichtraucher

schon immer

schon seit \_\_\_\_\_ Jahren. Früher rauchte ich täglich \_\_\_\_\_ Zigaretten

ich rauche durchschnittlich etwa \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag.

**Veränderungen ihres Körpergewichts :**

Ich habe in den letzten 10 Jahren

mein Gewicht kaum verändert

\_\_\_\_\_ kg abgenommen

\_\_\_\_\_ kg zugenommen

**Treiben Sie regelmäßig Sport ?**

nein

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

**Zahnstatus :**

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

nein

ja, ich habe

1-2

3-5

6-8

9 oder mehr

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

Wieviele? \_\_\_\_\_

Haben Sie Implantate  nein  Ja, Wie viele? \_\_\_\_\_

Haben Sie überkronte Zähne  nein  Ja, Wie viele? \_\_\_\_\_

Wurzelgefüllte/tote Zähne  nein  Ja, Wie viele? \_\_\_\_\_

**Schlaf** : (gibt es Störungen beim Schlaf? Einschlafen/Durchschlafen/Erwachen?)

**Speisen und Getränke:**

Welche Vorlieben bestehen? Welche Abneigungen bestehen? Welche Unverträglichkeiten gibt es?

**Was esse Sie in der Woche / am Tag in etwa:**

Nahrungsmittel	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Woche	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch					
Quark					
Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Kuchen					
Süßigkeiten					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Kaffee					
Tee					
Wasser mit Kohlensäure					
Wasser ohne Kohlensäure					

Fruchtsäfte					
Coca cola					
Süßgetränke					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke)  
zusammengerechnet : \_\_\_\_\_ Liter

**Verdauung :**

Wie oft haben Sie Stuhlgang? \_\_\_\_\_ mal pro Tag.

Wenn nicht täglich \_\_\_\_\_ mal pro Woche.

Beschwerde	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen					
Bauchschmerzen/Krämpfe					
Völlegefühl					
Übelkeit					
Erbrechen					
Sodbrennen					
Saures Aufstoßen					
Vermehrtes Aufstoßen (Nicht sauer)					
Kollern / Rumoren					

Bemerkungen:



**Gynäkologische Krankengeschichte** : (Bei Frauen)

Mit welchem Alter hatten Sie ihre erste Regelblutung? \_\_\_\_\_

Regelblutung : wie stark ist die Blutung? Wie lange, etc. :

Alle Beschwerden in Zusammenhang mit der Regelblutung:

Schwangerschaften : (Besonderheiten wie Wehen, vorzeitiger Blasensprung, etc.)

Geburten : (in welcher SS-Woche, Verlauf etc.)

**Wie wurden Sie geboren?**

spontan                       per Kaiserschnitt                       weiß ich nicht

Bemerkungen:

**Beziehungssituation :**

ich lebe allein                       verheiratet                       geschieden  
 in fester Partnerschaft     ich habe \_\_\_\_\_ Kinder, Alter: \_\_\_\_\_

**Haut :**

Gab oder gibt es Ekzeme oder andere Hautunregelmäßigkeiten? Warze, Risse, Entzündungen, Herpes, Schuppenflechte/Psoriasis, Neurodermitisherde, etc

## **Kopf :**

Leiden Sie unter regelmäßigen Kopfschmerzen? Wie ist die Beschaffenheit der Kopfschmerzen? Was sind häufige Auslöser? Was können Sie tun um Erleichterung zu erfahren?

## **Schilddrüse :**

gibt es eine Schilddrüsenentzündung, Knoten, Vergrößerung oder ähnliches?

## **Rücken :**

gibt es akute oder chronische Episoden von Rückenschmerzen?

## **Gemüt :**

Was sind ihre auffallenden und typischen Eigenschaften?