



Praxis für naturheilkundliche Medizin

Heilpraktikerin Kerstin Hoß

Anamnese-Fragebogen

© HP Kerstin Hoß 2026

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	Körpergröße- / -gewicht
Geburtstag	Geburtsort	Krankenversicherung: gesetzlich privat
Email-Adresse	Beruf	

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:	Intensität:
2.	seit:	Intensität:
3.	seit:	Intensität:
4.	seit:	Intensität:
5.	seit:	Intensität:
6.	seit:	Intensität:
7.	seit:	Intensität:
8.	seit:	Intensität:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

☐ Eine Erkrankung ☐ Kummer ☐ Trauer ☐ Schreck ☐ Operationen ☐ Hautausschläge
☐ andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Naturheilpraxis
heilpraktiker

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Windpocken
- ☐ Scharlach
- ☐ Tetanus
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Malaria
- ☐ Salmonellose
- ☐ Ruhr
- ☐ Syphilis
- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
- ☐ Gonorrhoe (Tripper)
- ☐ Tropenkrankheiten
- ☐ Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ☐ ja ☐ nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- ☐ Krebs
- ☐ Geisteskrankheiten
- ☐ Epilepsie
- ☐ Gefäßerkrankungen
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Asthma
- ☐ Rheumatismus
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Allergien
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Herzkrankheiten
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Steinkrankheiten
- ☐ Gicht
- ☐ Schuppenflechte
- ☐ andere:

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- ☐ Tuberkulose (BCG)
- ☐ Polio (Kinderlähmung)
- ☐ Diphtherie
- ☐ Tetanus
- ☐ Hib
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Cholera
- ☐ Gelbfieber
- ☐ Hepatitis
- ☐ Pocken
- ☐ Grippe
- ☐ HPV
- ☐ andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber
- ☐ Krämpfe
- ☐ Unruhe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderungen

Emotionales

- Haben Sie Existenzängste? ☐ ja ☐ nein
- Liegen Beziehungskonflikte vor? ☐ ja ☐ nein
- Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? ☐ ja ☐ nein
- Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein
- Liegen Schlafstörungen vor? ☐ ja ☐ nein
- Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ☐ ja ☐ nein
- Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch? ☐ ja ☐ nein
- Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ☐ ja ☐ nein
- Können Sie NEIN sagen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie oft Schuldgefühle? ☐ ja ☐ nein

Schwitzen Sie leicht? ☐ ja ☐ nein

An welchem Körperteil: _____

☐ kalter Schweiß ☐ warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ☐ ja ☐ nein

☐ kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ gar nicht belastbar

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Milchprodukte | ☐ Süßigkeiten |
| ☐ Weißmehlprodukte | ☐ Kuchen |
| ☐ Eier | ☐ Zucker |
| ☐ Nüsse | ☐ Biokost |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

☐ ja ☐ nein
wenn ja welche:

Genussmittel und Drogen

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? ☐ ja ☐ nein

aktiv oder passiv? _____

seit wann? _____

wie lange? _____

wie viele pro Tag? _____

was haben Sie geraucht? _____

wären Sie bereit damit aufzuhören? ☐ ja ☐ nein

Trinken Sie Alkohol? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wieviel? _____

wie oft pro Woche? _____

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

☐ ja ☐ nein

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ☐ ja ☐ nein

Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektromog-Belastungen untersucht worden?

☐ ja ☐ nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- ☐ Funkmasten in der Nähe
- ☐ Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- ☐ Bäche, Flüsse in der Nähe
- ☐ Schimmelpilzbelastung
- ☐ Antiquitäten/Holzschutzmittel
- ☐ Teppichböden
- ☐ Mikrowelle

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- ☐ Konventionelle Haushaltsreiniger
- ☐ Biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- ☐ schnurlose Telefone / Internet
- ☐ elektrische Geräte im Standby-Modus
- ☐ Wasserbett
- ☐ eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen, um wie viel Uhr: _____
- ☐ nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ Unruhe in den Beinen
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen
- ☐ lebhaftes Träumen

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- ☐ häufig ☐ selten ☐ nie
- ☐ Stirn-Augen-Schläfenregion
- ☐ Hinterhauptregion
- ☐ morgens
- ☐ abends
- ☐ halbseitig
- ☐ links ☐ rechts
- ☐ doppelseitig
- ☐ wandernd von links nach rechts
- ☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

- ☐ Haarausfall
- ☐ kreisrund
- ☐ vereinzelt
- ☐ seit wann: _____

Augen

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ kurzsichtig
- ☐ weitsichtig
- ☐ sonstige Beschwerden
- ☐ Brille seit: _____

Ohren

- ☐ Schmerzen links
- ☐ Schmerzen rechts
- ☐ beidseitig
- ☐ Mittelohrentzündungen
- ☐ schwerhörig
- ☐ Ohrengeräusche
- ☐ Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- ☐ Zahn-Operationen
- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf
- ☐ heiß ☐ kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ☐ ja, ohne Ausleitung
- ☐ ja, mit Ausleitung
- ☐ nein

Zahnfüllmaterialien:

- ☐ Amalgam
- ☐ Gold
- ☐ Titan
- ☐ Kunststoff
- ☐ Keramik
- ☐ Palladium

Nase

- ☐ Operationen
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Allergien auf: _____

- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Nase verstopft

Absonderungen:

- ☐ wässrig ☐ schleimig
- ☐ eitrig ☐ grünlich
- ☐ häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- ☐ Operation
- ☐ häufig Mandelentzündungen
- ☐ als Kind ☐ heute

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion
- ☐ Unterfunktion
- ☐ Vergrößerung
- ☐ Operation

Brustdrüse

- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Herz

- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmung
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Bluthochdruck

Lunge

- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot

Leber

- ☐ Entzündungen
- ☐ Hepatitis

Galle

- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Nahrungsmittelallergien

Rücken

- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose

Niere/Blase

- ☐ Nierensteine,
- ☐ Entzündungen
- ☐ häufig:

Harn

- ☐ viel
- ☐ wenig
- ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ Geruch nach:

Darm

- ☐ Infektionen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarmoperation
- ☐ Blähungen
- ☐ Geruch nach:

Stuhlgang

- ☐ täglich
- ☐ jeden 2. Tag
- ☐ unregelmäßig
- ☐ riecht nach:

- ☐ Neigung zur Verstopfung
- ☐ Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ übelriechend
- ☐ hart
- ☐ knollig
- ☐ weich
- ☐ schmierig
- ☐ pastenartig
- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Kribbeln
- ☐ kalte Hände

Beine

- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Rücken

- ☐ Beweglichkeit
- ☐ Verspannungen
- ☐ Belastungen
- ☐ Rheuma

Haut/Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Pilze
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Allergien auf:

- ☐ Biokosmetik

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss

- ☐ keinen
- ☐ stark
- ☐ weiß
- ☐ gelb
- ☐ wundmachend
- ☐ färbt die Wäsche

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabungen
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Geburten, Anzahl: _____
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten

Menses

Wann war die erste Menses?

Wann die letzte?

Blutungen sind

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Prostata

- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Geschlechtskrankheiten

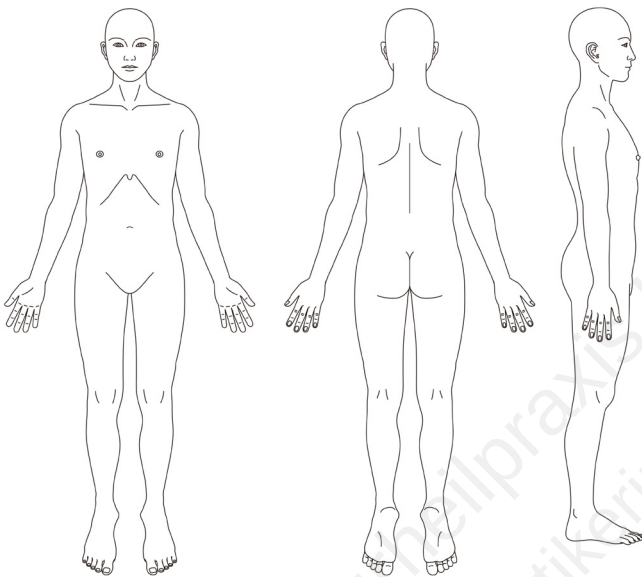
Sexualität

- ☐ vermindert
- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Zahnschema

1														2															
18 17 16 15 14 13 12 11														21 22 23 24 25 26 27 28															
I																													II
48 47 46 45 44 43 42 41														31 32 33 34 35 36 37 38															
4														3															

Körperschema



PR-Messung (Verlaufskontrolle)

Datum	systolisch/diastolisch in mm HG	Besonderheiten