

PROHMED by Dr. Huppertz

Sehr verehrte Patientin, Sehr verehrter Patient,
zur Vorbereitung auf Ihren Untersuchungstermin möchten wir Sie bitten, nachstehenden Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. **Kreuzen Sie bitte die Antworten jeweils hinter dem Wort oder bei Ja/Nein direkt an.** Nach Eingang des ausgefüllten Bogens werden wir mit Ihnen einen Termin für unsere Sprechstunde vereinbaren.

Ihr Team PROHMED by Dr. Huppertz

Anamnesebogen PROHMED

Stand 01.25

1. Allgemeine Angaben

1.1. Patientendaten (bitte eintragen)

Name, Vorname	Geb.-Datum	
Strasse	PLZ/Ort	
Tel./Mobil	E-Mail	
Beruf	Versicherung	Fam.-stand
Körpergewicht(kg)	Körpergrösse(cm)	Blutgruppe

1.3. Grund des Besuches

Allgemeiner Check-Up Darmsanierung Einsatz Bioidentischer Hormone
Eisenmangelabklärung Infusionstherapie Eisenspeicherkrankheit Aderlassbehandlung
Ernährungsberatung Haarausfallabklärung und Therapie Leistungsoptimierung
Orthomolekulare Abklärung **orthopädische Erkrankung/Verletzung** Unverträglichkeitsabklärung
oder Sonstiges

1.4. Beschwerden allgemein

Seit wann
Auslöser der Beschwerden Nicht bekannt Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operation
Hautausschläge Einnahme div. Medikamente Impfung Sonstiges
Was verschlimmert
Was verbessert

2. Vorerkrankungen

Nein Ja

2.1. Infektionserkrankungen

Nein Ja

Wann
Borreliose Corona Cytomegalie FSME Gonorrhoe Herpes Zoster Herpes labialis
Keuchhusten Polio Malaria Masern Mumps Pfeiffersches Drüsenfieber(EBV) Ruhr Röteln
Scharlach Salmonellen Syphilis Tetanus Tropenerkrankungen Tuberkulose Windpocken
Sonstiges

2.2. Tumorerkrankungen

Nein Ja

Wann
Welche

2.3. sonstige Erkrankungen

Nein Ja

Seit wann
Gehirnschlag Arthritis Autoimmunerkrankungen (Rheuma, Lupus, Sklerodermie, etc.) , Bluthochdruck
Diabetes Epilepsie Fettstoffwechselerkrankung Glaukom HIV Hormonstörungen Kontaktlinsen
Neurolog. Störungen (ADS/ADHS) Osteoporose Psychiatrische Behandlung Tumoren Virale
Erkrankungen

2.4. Operationen

Nein Ja (Einzelheiten weiter unten!)

2.5. Verletzungen / Unfälle

Nein Ja (Einzelheiten weiter unten!)

2.6. Bestrahlungen **Nein** **Ja**
 Wann Warum Wo(Körperteil?)
2.6. Chemotherapie **Nein** **Ja**
 Wann
 Weshalb

2.7. Bluterkrankung **Nein** **Ja**
 Seit wann
 Welche Mangel an Erythrozyten Leukozythen.....Thrombozythen Morbus
 Willebrand Faktor 5 Leyden sonstiges

2.8. Psychische Erkrankung **Nein** **Ja**
 Wann
 Welche
 Behandlung Nein Ja Wie?

2.9. Emotionale Probleme/Stress **Nein** **Ja**
 Wann
 Welche Ursache?

3. Familiäre Erkrankungen **Nein** **Ja**

Eltern(Vater/Mutter) Großeltern(väterlicherseits/mütterlichers.) Geschwister (Bruder/Schwester)
 Asthma Allergien Alzheimer Demenz Diabetes Erbkrankheiten Gallensteine Gicht
 Gefäßerkrankungen Krebs Migräne Multiple Sklerose Nierensteine Rheuma
 Schlaganfall Tuberkulose Sonstiges

4. Allergien **Nein** **Ja**

Pollen Hausstaub Nahrungsmittel Welche Nahrungsmittel?

Medikamente Welche Medikamente?

Pflaster Welche Pflaster?
 Sonstige Unverträglichkeiten

Symptome Schnupfen Husten -Augentränen Hautausschläge
 Kopfschmerzen sonstiges

5. Impfungen **Nein** **Ja**

Masern Röteln Mumps Diphtherie Tetanus Zecken(Borrelien)
 Gelbfieber Pocken Hepatitis Grippe Keuchhusten Corona Anzahl

Wann letzte Impfung
 Impfreaktion Nein Ja
 Welche

Impfpass vorhanden Nein Ja(Wenn ja, bitte mitbringen)

6. Medikamente **Nein** **Ja**

Nahrungsergänzungsmittel (*bitte einzeln auflisten*)/ Dosis?

Messung der Mineralien im Blut erfolgt **Nein** **Ja** Wann?
 (ggf. Befunde mitbringen!)

Antidepressiva / Dosis

Sonstige / Dosis

7. Beschwerden, Symptome an nachstehenden Organen

7.1. Kopf/Hals/HNO

Kopfschmerzen allg.

	Nein	Ja		
Seit wann	oft	selten	stets am Wochenende	
Tageszeit	Morgens	abends	wechselnd	
Wo	Stirn	Augen	Schläfen	Hinterkopf
Wie	Doppelseitig	Halbseitig	rechts	links
	Migräne	Aura		

7.1.1 Schwindel

	Nein	Ja		
Seit wann				
Art	Drehschwindel	Lageschwindel	unbestimmt	

7.1.2 Augen

	Nein	Ja		
Seit wann				
Wo	Links	Rechts	Beidseits	unterschiedlich
Was	Kurzsichtig	weitsichtig	Brillenträger	trockene Augen
	Vermehrtes Tränen	Bindehautentzündungen	Gerstenkörner	
	grauer Star	grüner Star	Makuladegeneration	Sonstiges

Sind die Augen in den letzten 2 Jahren schlechter geworden? Nein Ja
Operationen

7.1.3 Ohren

	Nein	Ja		
Seit wann	oft	selten		
Wo	Rechts	Links	Beidseits	
Welche	Tinnitus	Schwerhörig	Hörgerät	Sonstiges
Operationen				

7.1.4 Mund

	Nein	Ja		
Seit wann				
Symptome	Zungenbelag	Herpes	Zahnfleischerkrankungen	Mundgeruch

7.1.5 Zähne

	Nein	Ja		
Seit wann				
Füllungen	Amalgam	Kunststoff	Gold	Keramik
	Amalgam entfernt?		Nein	Ja Wann?
	Amalgamausleitung erfolgt?		Nein	Ja
Zähneknirschen?	Nein	Ja	Bisschiene?	Nein Ja
Operationen				

7.1.6 Nase

	Nein	Ja		
Seit wann				
Welche	Behinderte Atmung	Nase zu Nasennebenhöhlenentzündungen		
	sonstiges			
Operationen				

7.1.7 Mandeln

	Nein	Ja		
Seit wann				
Welche				
Operationen				

7.1.8 Schilddrüse

	Nein	Ja		
Seit wann				
Welche	Hashimoto	Überfunktion	Unterfunktion	sonstige
Operationen				

Aktuelle Laborwerte(evtl. beifügen/mitbringen)!

7.2. Herz

Seit wann
Welche

Nein **Ja**

Beklemmungen Blutdruckprobleme Druckgefühl Stechen
Rhythmusstörungen Herzklopfen in Ruhe bei Belastung Infarkt
gehabt Sonstiges

Operationen

7.3. Lunge

Seit wann
Welche

Nein **Ja**

Asthma Bronchitis COPD Lungenentzündung
Lungenembolie

Sonstiges

Operationen

7.4. Abdomen (Bauch)

7.4.1 Leber

Seit wann
Welche
Operationen

Nein **Ja**

Hepatitis Fettleber Tumore Sonstiges

7.4.2 Gallenblase

Seit wann
Welche
Operationen

Nein **Ja**

Druckgefühl Fettunverträglichkeit Koliken Steine Sonstiges

7.4.3 Magen

Seit wann
Welche

Nein **Ja**

Appetitlosigkeit Völlegefühl Nahrungsmittelunverträglichkeit
Gastritis Helicobakter Sonstiges

Magenspiegelung
Operationen

Nein Ja Wann?

7.4.4 Bauchspeicheldrüse

Wann
Was
Operationen

Nein **Ja**

Entzündung Tumor Sonstiges

7.4.5 Darm

Seit wann
Welche

Nein **Ja**

Blähungen mit Geruch Reizdarm
Nahrungsmittelunverträglichkeit Hämorrhoiden Blinddarm-OP
Infektion Colitis Divertikel M.Crohn Schmerzen
Sonstiges

Darmspiegelung
Operationen?

Nein Ja Wann?

7.4.6 Stuhl

Voruntersuchung
Wann?
(Befund bitte beilegen!)

Nein **Ja**

7.4.7 Stuhlgang

Häufigkeit

Mehrfach tgl (wie oft?) / Täglich 1x/ jd 2.Tag/ jd. 3.Tag/
unregelmäßig

Art

Normal Verstopfung Durchfall Kann nicht gehalten werden Pat.
wird nicht fertig

Konsistenz

Hart / Knollig / weich / schmierig / pastenartig

7.5. Arme/Hände

Seit wann
Welche
Wo

Nein	Ja
Schmerzen	/ Kribbeln / Kältegefühl / Arthrose
Schulter	Ellbogen Hände Finger

Verletzungen

Wann
Welche
Wo

Nein **Ja**

Operationen

Wann
Welche
Wo

Nein **Ja**

7.6. Beine/Füße

Seit wann
Welche
Wo

Nein	Ja
Schmerzen	Kribbeln / Kältegefühl / Arthrose / Krampfadern /
Sonstiges	
Hüfte	/ Knie / Füße / Zehen

Verletzungen

Wann
Welche
Wo

Nein **Ja**

Operationen

Wann
Welche
Wo

Nein **Ja**

7.7. Wirbelsäule

Seit wann
Welche
Wo

Nein	Ja
Schmerzen	lokal ausstrahlend Verspannungen
Bewegungseinschränkungen	sonstiges(o)
HWS	BWS LWS Steißbein

Verletzungen

Wann
Welche
Wo

Nein **Ja**

Operationen

Wann
Welche
Wo

Nein **Ja**

7.8 Haut/Nägel

Seit wann
Welche
Wo

Nein	Ja
Entzündungen	Geschwüre Jucken Pilz Warzen
Tumore	Psooriasis Neurodermitis Verbrennungen Nägel
eingewachsen	/-brüchig /-Quer-/Längsrillen Sonstiges

Operationen

Narben
Seit wann
Wodurch
Wo

Nein **Ja**

7.9 Haare

Haarausfall
Seit wann

Nein	Ja		
insgesamt	begrenzt	rund	sonstiges

7.10 Gefäße

Seit wann
Welche

Nein	Ja		
	Gefäßverschuß	Thrombose	Durchblutungsstörung
	Krampfadern	Blutungsneigung	

Wo

8. Gynäkologie

Gynäkologische Probleme

Nein	Ja		
Seit wann			
Welche	Juckreiz	-Ausfluss	-Entzündungen
	Zysten	- Sonstiges	-Tumore

Operationen

Nein	Ja
Wann	
Welche	

Geburten

Nein	Ja				
Anzahl:	Wann				
Ablauf	Normal	-Fehlgeburt	-Kaiserschnitt	-Saugglocke	Zange -

Menses/Periode

Nein	Ja		
Erste Menses	Letzte Menses		
Dauer	Derzeit alle	wieviel Tage	Blutungsdauer
Blutungstärke	stark	normal	schwach

Verhütung

Nein	Ja		
Seit wann			
Wie	Pille	Hormonspirale	Kupferspirale
			sonstige

Wechseljahrprobleme

Nein	Ja
Seit wann	
Welche	

9. Urologie

Urologische Probleme

Nein	Ja		
Nierenprobleme	Nein	Ja	
Blasenprobleme	Nein	Ja	
Seit wann			
Welche	Entzündungen	-Brennen	-Nierensteine
Operationen			sonstiges

Harnwegsprobleme

Nein	Ja		
Seit wann			
Welche	Kann nicht gehalten werden	Abgang bei Husten/Lachen	
	kann nicht gut gelassen werden	-	
Urin/Menge	viel	-wenig	- starker Geruch
Operationen			Sonstiges

Prostataprobleme

Nein	Ja		
Seit wann			
Welche	Wasserlassen schwer	Entzündungen	Tumor
Operationen			

10. Sexualität

Sexualprobleme	Nein	Ja		
Seit wann				
Welche	Beschwerden bei Verkehr	trockene Schleimhäute	Sonstige	
Libido	vermindert	verstärkt	unbefriedigt	
Potenz/Erektion	normal	vermindert		
Unfruchtbarkeit diagnostiziert?				
Geschlechtskrankheit?				

11. Sexualhormone

Hormonstörungen	Nein	Ja	
Seit wann			
Welche			
<i>Aktuelle Laborwerte(evtl. beifügen/mitbringen)!</i>			

12. Allg. Schmerzanamnese

Schmerzen	Nein	Ja		
Seit wann				
Welche				
Wo				
Dauer	Seit wann			
Häufigkeit	Ständig-mehrfach am Tag-alle paar Tage-wöchentlich-selten			
Auslöser/Verstärker	Körperl. Belastung- Stehen- Gehen- Sitzen- aufstehen- Lagewechsel- Heben- Tragen- Husten- Niessen- Stress- Kälte- Wärme- Wetterumschlag Nahrungsmittel- Alkohol- Monatsblutung- bestimmte Tageszeiten- Kalte Luft- sonstiges			
Was verringert Schmerz?	Ruhe- Schlaf- Bewegung- Kälte- Wärme- Sport- frischeLuft bestimmte Tageszeiten Schmerzmittel sonstiges			
Schmerzempfinden	Ziehend brennend stechend klopfend drückend bohrend dumpf krampfend punktförmig-ausstrahlend			

13. Sonderfragen Eisenerkrankungen

Symptome

Erschöpfung chron. Müdigkeit Konzentrationsstörungen -Schlafstörungen Depression/
depr. Verstimmung Haarausfall -Nagelbrüchigkeit -Nackenschmerzen Kopfschmerzen...
Schwindel Herzjagen kalte Hände/Füße häufiges Kälteempfinden Restless Leggs

Eisenspeichererkrankung	Nein	Ja	
Seit wann			
Aderlasstherapie	Nein	Ja	Wann zuletzt?

Eisenmangelerkrankung	Nein	Ja	
Seit wann			
Bisherige Therapie	Tabletten	Infusionen	Sonstiges

Eiseninfusion bereits erhalten	Nein	Ja	
Wurde notwendige Eisenmenge errechnet	Nein	Ja	
Welches Präparat	Wieviele		
Wann letzte Infusion			
Wieviele Wochen seit letzter Infusion			

Aktuelle Laborwerte (m. Datum)	Ferritin:	Transferrin:	Hb-wert:
	Löslicher Transferrinrezeptor:		CRP:
<i>Aktuelle Laborwerte(evtl. beifügen/mitbringen)!</i>			

14. TCM-Fragen (bitte spontan antworten)

Lieblingsfarbe

Geschmack Vorliebe für	Süß	Sauer	Salzig	Bitter	Scharf
Geschmack Abneigung gegen	Süß	Sauer	Salzig	Bitter	Scharf
Welche Jahreszeit wird favorisiert?	Frühling			feucht	trocken
	Sommer			feucht	trocken
	Herbst			feucht	trocken
	Winter			feucht	trocken

Schwitzen Sie schnell? Nein Ja Wann?
 eher am Kopf am Körper

Auf welcher Seite **schlafen** Sie bevorzugt ein? Rechts Links Bauch Rücken

Mögen Sie **Wind**? Nein Ja

15. Allgemeine Zusatzfragen

Alkohol	Nein	Ja	Wieviel	Wie oft
Rauchen	Nein	Ja	Wieviel	Wie oft
sonstige Drogen	Nein	Ja	Welche	Wann

Ernährung

Wie essen Sie Speisen lieber?	Mischkost	Vegetarisch	Vegan	Sonstiges
Wie trinken Sie lieber?	Warm	Kalt		
Flüssigkeitsaufnahme/Tag insgesamt(Liter)	Warm	kalt		
Tee	Schwarzer Tee	Softdrinks	Davon Wasser?	Kaffee
			Sonstige	

Sport Nein / Ja / Welchen? Wie oft?

Schlafprobleme Nein Ja

Welche Schlaflosigkeit häufiges Erwachen Schwierigkeiten beim Einschlafen
 beim Durchschlafen Sprechen im Schlaf Unruhe in den Beinen
 nächtliches Schwitzen morgens ausgeruht?

Welche **Ärzte** haben Sie bereits aufgesucht?

Welche sonstigen **Laboruntersuchungen** wurden bereits gemacht (Befunde beilegen)?

Welche **Bilder** (Röntgen, CT, Szintigramm, MRT etc.) wurden bereits gemacht (Befunde beilegen)?

Anmerkungen Haben Sie Anmerkungen zu unserer Befragung/Ihrer Vorstellung bei uns?

Hinweis

Da Ihr Besuch in unserer Praxis zeitaufwändige, individuelle Anamneseerhebungen, Beratungen, Untersuchungen, Besprechungen und Therapien beinhaltet, haben wir für Sie ausreichend Zeit, Raum, Geräte und Personal eingeplant. Wir möchten Sie daher bitten, vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich per Email abzusagen. Sollte Ihr Termin auf einen Montag fallen, bitten wir um Absage spätestens bis Freitag davor um 11.00 Uhr.
Bitte haben Sie Verständnis, dass für zu spät abgesagte Termine in der Arztsprechstunde ein Ausfallhonorar in Höhe von 120,00 € und für Therapietermine in Höhe von 65,00 € in Rechnung gestellt werden wird.

Einwilligung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Angaben und erkläre mich mit den genannten Hinweisen und Ausfallhonoraren einverstanden.

Ich stimme der praxisinternen Verarbeitung meiner hier erhobenen Daten ausdrücklich zu.

HD, den

Unterschrift Patient bzw. ges. Vertreter

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!