

PROHMED by Dr. Huppertz

Sehr verehrte Patientin, Sehr verehrter Patient,
zur Vorbereitung auf Ihren Untersuchungstermin möchten wir Sie bitten, nachstehenden Anamnesebogen
sorgfältig auszufüllen und zu unterschreiben. **Kreuzen Sie bitte die Antworten jeweils hinter dem Wort
oder bei Ja/Nein direkt an.**

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

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

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 Diphterie 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 (<i>ggf. Befunde mitbringen!</i>)	Nein	Ja	Wann?
---	------	----	-------

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**

Appetittlosigkeit Völlegefühl Nahrungsmittelunverträglichkeit
Gastritis Helicobakter Sonstiges
Nein Ja Wann?

Magenspiegelung
Operationen

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

Verletzungen

Wann

Welche

Wo

Operationen

Wann

Welche

Wo

Nein

Ja

Schmerzen / Kribbeln / Kältegefühl / Arthrose Sonstiges

Schulter

Ellbogen

Hände

Finger

Nein

Ja

Nein

Ja

7.6. Beine/Füsse

Seit wann

Welche

Wo

Verletzungen

Wann

Welche

Wo

Operationen

Wann

Welche

Wo

Nein

Ja

Schmerzen Kribbeln / Kältegefühl / Arthrose / Krampfadern /

Sonstiges

Hüfte

/ Knie

/ Füsse

/ Zehen

Nein

Ja

Nein

Ja

7.7. Wirbelsäule

Seit wann

Welche

Wo

Verletzungen

Wann

Welche

Wo

Operationen

Wann

Welche

Wo

Nein

Ja

Schmerzen lokal ausstrahlend Verspannungen

Bewegungseinschränkungen sonstiges(o)

HWS

BWS

LWS

Steißbein

Nein

Ja

Nein

Ja

7.8 Haut/Nägel

Seit wann

Welche

Wo

Operationen

Narben

Seit wann

Wodurch

Wo

Nein

Ja

Entzündungen Geschwüre Jucken Pilz Warzen

Tumore Psoriasis Neurodermitis Verbrennungen Nägel

eingewachsen /-brüchig /-Quer-/Längsrillen Sonstiges

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

Seit wann

Welche

Nein	Ja
	Juckreiz -Ausfluss -Entzündungen -Tumore Zysten - Sonstiges

Operationen

Wann

Welche

Nein	Ja
------	----

Geburten

Anzahl:

Ablauf

Nein	Ja
Wann	
Normal	-Fehlgeburt -Kaiserschnitt -Saugglocke Zange -

Menses/Periode

Erste Menses

Dauer

Blutungstärke

Verhütung

Seit wann

Wie

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

Nein	Ja
Pille	Hormonspirale Kupferspirale sonstige

Wechseljahrprobleme

Seit wann

Welche

Nein	Ja
------	----

9. Urologie

Urologische Probleme

Nierenprobleme

Blasenprobleme

Seit wann

Welche

Operationen

Nein	Ja
	Entzündungen -Brennen -Nierensteine sonstiges

Harnwegsprobleme

Seit wann

Welche

Urin/Menge

Operationen

Nein	Ja
	Kann nicht gehalten werden Abgang bei Husten/Lachen kann nicht gut gelassen werden - viel -wenig - starker Geruch Sonstiges

Prostataprobleme

Seit wann

Welche

Operationen

Nein	Ja
	Wasserlassen schwer Entzündungen Tumor

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