



# Anamnesebogen für Frau

## Grüezi und Herzlich Willkommen

Ich freue mich, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken.

Im Sinne einer bestmöglichen und allumfassenden Anamnese und Therapie bitten ich Sie mir vor dem anstehenden Termin einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten, damit ich mit Ihnen zusammen die zur Verfügung stehende Zeit optimal nutzen kann.

**Füllen Sie aus, was Sie beantworten können und lassen Sie offen, was Sie nicht wissen – oder auch nicht beantworten möchten (auf eigene Verantwortung).**

Vielen Dank.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ\_Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Telefon G.: \_\_\_\_\_ E-Mail priv.: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Name der Zusatzversicherung: ohne Angabe kein Gewähr! \_\_\_\_\_  
Körpergrösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Kinder: Mädchen, Alter: \_\_\_\_\_ Knaben, Alter \_\_\_\_\_

**Was erhoffen / wünschen Sie sich von einer Behandlung? Was ist Ihr Ziel?**

---

---

---

**Welche Therapiemethoden interessieren / wünschen Sie?**

- Bioresonanz
- Ernährungsberatung / Diätetik / Abnehmen
- Phytotherapie (Pflanzenheilkunde, Schüssler etc.)
- Vitalfeldbehandlung
- Hormontherapie
- Oligoscan
- Bodydetox (Entgiftung)
- Gesundheitsberatung
- Miltapot
- Hypnose

### Diagnostik

- Bioresonanz 3000    Austestung Organsysteme, Vitamine, Spurenelemente, Aminosäuren
- Oligoscan            Stoffwechselanalyse Metalle und Toxine
- Speichelhormontest
- Schilddrüsentest
- Neurotransmittertest

**Béatrice Senti**  
Promenade 43  
Postfach 432  
7270 Davos Platz

Orthomolekulare Medizin  
Stoffwechselberatung  
Ernährungs Coach  
Kochkurse & Seminare

Telefon 081 413 02 19  
Mobil 079 387 99 80  
Mail info@naturheilpraxis-senti.ch  
Internet www.naturheilpraxis-senti.ch

**Akute Symptomatik**

Welche akuten Schmerzen / Symptome haben Sie?	Sind Sie schwanger?	Woche?
<input type="checkbox"/> Ich habe keine akuten Schmerzen, wünsche aber trotzdem eine Behandlung.		
Welche chronischen (immer wiederkehrenden) Schmerzen / Symptome / Probleme haben Sie? Schmerzyklus? Start der Schmerzen? Typischer Ablauf bei Erkältungskrankheiten?		
<input type="checkbox"/> Ich habe keine chronischen Schmerzen, wünsche aber trotzdem eine Behandlung.		

**Medikamente (Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Blutverdünner, Antidepressiva etc.)**

Welche Medikamente nehmen Sie täglich ein?	Welche Medikamente nehmen Sie ab und zu ein? Wie oft?
<input type="checkbox"/> Antibabypille	Mussten Sie Antibiotika einnehmen? <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein Wie oft haben Sie schon Antibiotika genommen? __

**Nahrungsergänzungsmittel**

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie täglich ein?	Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ab und zu ein? Wie oft?
---	--

**Impfungen (bitte bringen Sie eine Kopie Ihres Impfbüchleins mit)**

Welche Auffrischimpfungen haben Sie erhalten? Wann?	Gab es Reaktionen auf Impfungen?
--	----------------------------------

**Schulmedizin und andere Therapien**

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Grund?	Sind Sie in anderweitiger therapeutischer Behandlung? Grund?
---	--

**Ist eine der folgenden Diagnosen/Krankheiten auf Sie zutreffend?  
Setzen Sie ein x für aktuelle Krankheiten, ein v für vergangene Krankheiten**

<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Herzschwäche
<input type="checkbox"/> Alzheimer / Demenz	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Arteriosklerose („Arterienverkalkung“)	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität
<input type="checkbox"/> Arthrose („Gelenkverschleiss“)	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz
<input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma <input type="checkbox"/> allergisch <input type="checkbox"/> Leistung	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Magenbrennen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Burnout	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn
<input type="checkbox"/> Cellulite	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS)	<input type="checkbox"/> Nachtschweiss
<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes (Typ 1)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Diabetes (Typ 2)	<input type="checkbox"/> Paradontitis
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit
<input type="checkbox"/> häufige Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion)
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion)
<input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel	<input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrgeräusche)
<input type="checkbox"/> Hautausschlag -> <input type="checkbox"/> allergisch	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Herpes (Zoster) <input type="checkbox"/> labialis <input type="checkbox"/> genitalis	<input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung
<input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Zöliakie
	<input type="checkbox"/> andere:

**Welche dieser Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

<input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Salmonellen
<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Scharlach
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Syphilis
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Tetanus
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten
<input type="checkbox"/> Grippe, echte	<input type="checkbox"/> Windpocken
	<input type="checkbox"/> andere:
	<input type="checkbox"/> andere:

Welche Krankheiten hatten Sie oft als Kind?

Welche Krankheiten kommen gehäuft vor in Ihrer Familie?

**Aktivitäten**

<b>Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aktuell aus? zu _____ %</b>	
<input type="checkbox"/>	ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (Schmerzen, Alter, Krankheit, etc.)
<input type="checkbox"/>	ausschliesslich sitzende Tätigkeit (z.B. Bürofachangestellte, Feinmechaniker etc.)
<input type="checkbox"/>	sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende etc.)
<input type="checkbox"/>	körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z. B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter etc)
Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und / oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> 1-3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal oder öfters
Machen Sie regelmässig Spaziergänge, die länger als 15 Minuten dauern?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> 1-3 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 4 mal oder öfters pro Woche
Welche Hobbies haben Sie?	

**Ernährungs- und Lebensgewohnheiten**

Wie oft essen Sie am Tag? (Haupt und Zwischenmahlzeiten) \_\_\_\_\_

sehr viel  
täglich  
regelm.  
selten  
nie

Wie oft konsumieren Sie Fleisch?					
Wie oft konsumieren Sie Fisch?					
Wie oft konsumieren Sie Eier?					
Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?					
Wie oft konsumieren Sie Gemüse?					
Wie oft konsumieren Sie Obst?					
Wie oft konsumieren Sie Süssigkeiten?					
Wie oft konsumieren Sie Salziges?					
Wie oft konsumieren Sie Energie-Drinks?					
Wie oft konsumieren Sie Produkte aus Weizen (Brot, Teigwaren, Süssgebäcke, etc.)?					
Leiden Sie unter Verstopfung?					
Leiden Sie unter Durchfall?					
Haben Sie Blähungen? Völlegefühl?					
Haben Sie saures Aufstossen?					
Haben Sie schon Diäten gemacht?					
Wenn ja, Welche?					

Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter <input type="checkbox"/> 1-2 Liter <input type="checkbox"/> 2-3 Liter <input type="checkbox"/> mehr als 3 Liter
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> ein Glas täglich <input type="checkbox"/> mehr als 3 Gläser täglich (ca. 6dl) <input type="checkbox"/> mehr als 1 Liter täglich

**Béatrice Senti**  
 Promenade 43  
 Postfach 432  
 7270 Davos Platz

Orthomolekulare Medizin  
 Stoffwechselberatung  
 Ernährungs Coach  
 Kochkurse & Seminare

Telefon 081 413 02 19  
 Mobil 079 387 99 80  
 Mail info@naturheilpraxis-senti.ch  
 Internet www.naturheilpraxis-senti.ch

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nicht mehr, seit _____ <input type="checkbox"/> weniger als 10 Zigaretten täglich <input type="checkbox"/> eine Packung täglich <input type="checkbox"/> mehr als 2 Packungen täglich
Wird in ihrem Umfeld geraucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie an einer Allergie? (Kleinstmengen des Stoffes lösen Beschwerden aus)	<input type="checkbox"/> Milcheiweiss <input type="checkbox"/> Früchte: <input type="checkbox"/> Gräser: <input type="checkbox"/> Bäume: <input type="checkbox"/> Blumen: <input type="checkbox"/> Tiere: <input type="checkbox"/> Sonstige:
Leiden Sie an einer Unverträglichkeit? (Je mehr Sie von diesem Lebensmittel essen, desto grösser werden die Beschwerden)	<input type="checkbox"/> Milchzucker <input type="checkbox"/> Weizen <input type="checkbox"/> Sonstige:
Trinken Sie Kaffee, Schwarztee oder Grüntee?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> ___ pro Tag
Wenn ja, trinken Sie Nesspresso? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein pro Tag _____	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> ___ pro Tag

### Störzonen

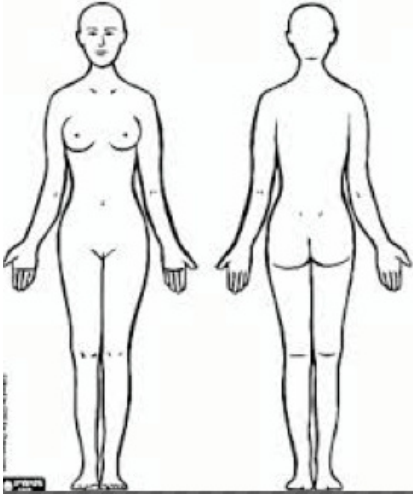
(Bitte rechts den Ort der Zähne beschriften: X für Amalgam, O für Wurzelbehandlung, T für im Kiefer verblieben)

<p>1. Haben Sie Zähne mit Wurzelbehandlung? Wenn ja, welche? (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein -&gt;O</p> <p>2. Haben Sie Zähne, welche noch im Kiefer stecken? (nicht oder nur teilweise durchgebrochen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein -&gt;T</p> <p>3. Haben aktuell Sie geflickte Zähne?  <input type="checkbox"/> Kunststoff (weiss), Anzahl:  <input type="checkbox"/> Porzellan (weiss), Anzahl:  <input type="checkbox"/> Gold, Anzahl :  <input type="checkbox"/> Amalgam (silbrig), Anzahl: ___  davon Amalgamfüllungen welche entfernt wurden: ___ Stück  Wann wurden diese entfernt? _____</p> <p>4. Hatte Ihre Mutter Amalgamfüllungen (silbrig) vor Ihrer Geburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>5. An welcher Stelle wurden Sie geboren?  <input type="checkbox"/> 1. (erstgeboren)  <input type="checkbox"/> 2.  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4.  <input type="checkbox"/> ___</p>	<p><b>Erwachsenengebiss</b></p>
--	---------------------------------

**Béatrice Senti**  
Promenade 43  
Postfach 432  
7270 Davos Platz

Orthomolekulare Medizin  
Stoffwechselberatung  
Ernährungs Coach  
Kochkurse & Seminare

Telefon 081 413 02 19  
Mobil 079 387 99 80  
Mail info@naturheilpraxis-senti.ch  
Internet www.naturheilpraxis-senti.ch

Haben Sie Narben? Wenn ja wo? Bitte diese ungefähr einzeichnen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	
Haben Sie aktuell eine Entzündung?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, welche, wo?
Tragen Sie Einlagen (Füsse)?	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja wenn ja: seit wann? _____ weshalb? _____

### Allgemein Frauen

Nehmen Sie ein <b>Verhütungsmittel</b> (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, Spirale, Hormonimplantat)? Bitte Zutreffendes unterstreichen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie andere <b>Hormonprodukte</b> ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja -> welche?	
Haben Sie regelmässig <b>Blutungen</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn nein -> ist Ihre Blutung: <input type="checkbox"/> sehr unregelmässig, <input type="checkbox"/> grosse Abstände <input type="checkbox"/> Schmierblutung <input type="checkbox"/> Wechseljahre <input type="checkbox"/> anderer Grund:	
Wenn ja -> wie viele Tage bluten Sie? <input type="checkbox"/> schwach	Wie viele Tage dauert Ihr Zyklus? <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Wenn ja -> ist Ihre Blutung: <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	
Haben Sie <b>Menstruationsbeschwerden</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie <b>Eisprungbeschwerden</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie <b>Wechseljahresbeschwerden</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie <b>Libido Probleme</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie <b>schwanger</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Stillen</b> Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Ihnen ein (oder mehrere) <b>Organ</b> (e) entfernt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja -> welche(s)?	
Sind Sie <b>unterbunden</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja -> welche Massnahmen wurden ergriffen?	
<b>Haben Sie Kinder?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kind 1: Jahrgang: _____ Normalgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/>	
Kind 2: Jahrgang: _____ Normalgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/>	
Kind 3: Jahrgang: _____ Normalgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zange <input type="checkbox"/>	

**Hormonelle Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen**

ja	nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aggressiv*, gereizt „giftig“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angst*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen trocken*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brust, empfindlich*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brust, Knötchen oder/und Geschwülste*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression, depressive Stimmung* **
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlgeburtneigung*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettgewebe, vermehrt an Bauch, Hüfte und Schenkel*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geruchs- und Geschmackssinn, Störungen**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme* **
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haarausfall (mehr als 100 Haare pro Tag)*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut, trocken**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hitzewallungen* **
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen, Migräne*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruation, unregelmässig *seit:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menstruation, schmerzhaft*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PMS* (Schmerzen vor der Periode, die bei Beginn der Periode enden)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Powerfrau*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schleimhäute, trocken**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweissausbrüche**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwitzen, nachts**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimmungsschwankungen* **
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhe**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verminderter Sexualtrieb*

**Was Sie uns noch mitteilen möchten...**

.....

.....

.....

.....

**Vorsorgliche Hinweise für eine erfolgreiche Therapie:**

- ✓ Trinken Sie pro 30 Kg Körpergewicht täglich 1 Liter klares, stilles Wasser. Nicht mehr und nicht weniger. (ausser Sie haben andere ärztliche Anweisungen)
- ✓ Tragen Sie Ihr Handy nur im Flugmodus für längere Zeit (Stunden) auf oder neben Ihrem Körper.
- ✓ Schalten Sie Ihr W-Lan während der Nacht (Schlafenszeit) ab. Zeitschaltuhr
- ✓ Essen Sie täglich viel Gemüse (mind. 500 g) und 1-2 Früchte.

*(Diese Hinweise optimieren Ihren Vitamin-und Mineralstoffumsatz)*

**Béatrice Senti**  
 Promenade 43  
 Postfach 432  
 7270 Davos Platz

Orthomolekulare Medizin  
 Stoffwechselberatung  
 Ernährungs Coach  
 Kochkurse & Seminare

Telefon 081 413 02 19  
 Mobil 079 387 99 80  
 Mail info@naturheilpraxis-senti.ch  
 Internet www.naturheilpraxis-senti.ch

**Bitte unterschreiben Sie Ihren Anamnesebogen, sonst ist eine Behandlung nicht möglich. Danke.**

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ebenso nehme ich zur Kenntnis, dass alle Angaben streng vertraulich behandelt werden **und der ärztliche Schweigepflicht unterliegen**

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte vor Therapiebeginn per Mail- oder Postweg senden an:

[info@naturheilpraxis-senti.ch](mailto:info@naturheilpraxis-senti.ch)

oder

Naturheilpraxis Senti  
Béatrice Senti  
Promenade 43  
Postfach 432  
7270 Davos Platz

Herzlichen Dank für Ihre Geduld

Béatrice Senti  
Dipl. Naturheilpraktikerin

Béatrice Senti  
Promenade 43  
Postfach 432  
7270 Davos Platz

Orthomolekulare Medizin  
Stoffwechselberatung  
Ernährungs Coach  
Kochkurse & Seminare

Telefon 081 413 02 19  
Mobil 079 387 99 80  
Mail [info@naturheilpraxis-senti.ch](mailto:info@naturheilpraxis-senti.ch)  
Internet [www.naturheilpraxis-senti.ch](http://www.naturheilpraxis-senti.ch)