DR. FREYA SOPHIA TILL
Privatpraxis für Funktionelle Medizin

ANAMNESE

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit,
um die nun folgenden Fragen stichwortartig zu
beantworten. Sie dienen meinem besseren Überblick
und somit letztendlich unserer Kooperation.

Funktionelle Medizin versteht sich auch als „Detektivarbeit",
da sie den Anspruch hat, die „Ursache der Ursache" von
Erkrankungen, beziehungsweise Symptomen zu finden und
zu behandeln.

Sollte der Platz für Ihre Notizen nicht ausreichen, fühlen Sie sich
bitte frei, unter Angabe des jeweiligen Formularpunktes
den Raum für Anmerkungen auf Seite 8 zu nutzen.

Herzlichen Dank für Ihr
Mitwirken.

Dr. med. Freya Sophia Till · Privatpraxis für Funktionelle Medizin · Weihers 10 · 88260 Argenbühl
+49 (0)7566 94 11 904 · praxis@freya-sophia-till.de

DR. FREYA SOPHIA TILL
Privatpraxis für Funktionelle Medizin

1 Name | Datum

2 Wie sind Sie versichert?

3 Straße und Hausnummer | PLZ | Wohnort

4 **Telefonnummer** mit guter Erreichbarkeit | E-Mail-Adresse

5 Größe | Gewicht | Geburtsdatum

6 Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

7 Ziel, Auftrag, Wünsche?

8 **Symptome/Diagnosen/Vorerkrankungen** · Ggf. Beginn, wann Erstdiagnose?

Dr. med. Freya Sophia Till · Privatpraxis für Funktionelle Medizin · Weihers 10 · 88260 Argenbühl
+49 (0)7566 94 11 904 · praxis@freya-sophia-till.de

9 **Operationen** · Wann, welche? Fremdmaterialeinbringung nach operativen Eingriff? (Schraube, Schiene, Klammer, usw.)

10 **Medikamente** · Welche Dosis, wie lange, welche zuvor?

11 **Nahrungsergänzungsmittel** · Welche Dosis, welches Präparat, wie lange, welche zuvor?

12 **Besonderheiten der Ernährung** · Vegetarisch, vegan o.a.

13 **Allergien** · Welche, seit wann? Bitte auch Allergien gegen Pflaster und Modeschmuck (Zum Beispiel auch durch Nickel) benennen.

14 **Unverträglichkeiten** · Welche, seit wann? (Auch gegen Medikamente)

15 Süchte

○ **Alkohol** · Wenn ja, wie viel, wie oft? ○ **Nikotin** · Wenn ja, wie viel? ○ **Kaffee** · Wenn ja, wie viel? ○ **Drogen** · Welche, seit wann, wie oft?

16 **Verdauung** · Beschwerden, Auffälligkeiten, Häufigkeit des Stuhlgangs? Durchfall und/oder Verstopfung? Schmerzen (Wenn ja, wann)?, Völlegefühl?, Blähungen?

17 **Trinken** · Trinkmenge täglich, Wasserlassen wie häufig pro Tag? Nächtliches Wasserlassen? Beschwerden/Auffälligkeiten beim Wasserlassen?

Dr. med. Freya Sophia Till · Privatpraxis für Funktionelle Medizin · Weihers 10 · 88260 Argenbühl
+49 (0)7566 94 11 904 · praxis@freya-sophia-till.de

18 **Zahnärztliche Vorbehandlungen/Diagnosen** · Auch Beschwerden ohne gesicherte Diagnose nennen

- ◯ Gezogene Zähne
- ◯ Implantate (Welches Material?)
- ◯ Kronen (Welches Material?)
- ◯ Brücken (Welches Material?)
- ◯ Zahnfleischentzündung
- ◯ Zahnfleischtaschen
- ◯ Lockere Zähne
- ◯ Tote Zähne
- ◯ Zahnwurzelbehandlungen
- ◯ Gebiss
- ◯ Retainer
- ◯ Zahnspange jetzt
- ◯ Zahnspange früher
- ◯ Zahnschiene
- ◯ Füllungen (Welche Materialien? Amalgam?) _____
- ◯ Amalgamfüllung - Anzahl früher, Anzahl jetzt _____
- ◯ Ausleitungen - wenn ja, womit und wie lange? _____
- ◯ Fremdmaterialeinbringung nach operativen Eingriff? (Schraube, Schiene, Klammer, usw.)

19 **Familienanamnese** · Gibt es Erkrankungen in der nahen Familie? Wenn ja, welche? Wenn ja, Beginn in welchem Lebensalter?

20 **Haben Sie Geschwister?** · Wenn ja, geben Sie hier bitte die Anzahl und die Geburtsjahrgänge an, ggf. auch verstorbene Geschwister

21 **Sport** · Welcher, wie oft, wie lange?

22 **Gewichtszu- oder -abnahme im letzen Jahr?** · Wenn ja, wie viel, gewollt?

23 **Zufriedenheit mit dem Gewicht?**

24 **Infektanfälligkeit** · Mehr als ein Infekt pro Jahr?

25 **Haben Sie in den letzten Jahren im Rahmen von Infekten Fieber bekommen?**

26 **Fieber/erhöhte Temperaturen/Nachtschweiß?**

27 **Vermehrtes Schwitzen** · Wenn ja, wann?

28 **Wann verbessern/verschlechtern sich die Symptome?**

29 **Gewohnheiten** · Hobbies, Urlaube, Wohnumgebung, Haustiere

30 **Beruf** · Auch bisherige Tätigkeiten/Expositionen

31 **Familienstand, bzw. Partnerschaft? Kinder?** · Wenn ja, in welchem Alter?

32 **Emotionale/psychische Besonderheiten**

33 **Konzentrations- und Merkfähigkeit**

34 **Schlaf** · Ein- und Durchschlafen, Besonderheiten, Länge, Erholung

35 **Depressionen und andere psychische Erkrankungen** · Suizidalität (Gedanken, Pläne, Vorbereitungen), Suizidversuche (Wann, wie?), selbstverletzendes Verhalten (Wenn ja, wie, in welchen Situationen und wann zuletzt?)

36 **Körperbezug** · Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Körper beschreiben?

37 **Entspannungsfähigkeit** · Wie leicht fällt es Ihnen „runter zu kommen", die Seele baumeln zu lassen? Was hilft normalerweise zu entspannen?

38 **Sexualleben** · Libido, Potenz, Besonderheiten

39 **Gynäkologische-Anamnese**

Menarche (Erstes Eintreten der Regelblutung?) _____

Menopause (Falls die Wechseljahre begonnen haben, wann war der letzte Menstruationszyklus?) _____

Verhütung
- ◯ Pille (Wenn ja, welche? Seit wann?) _____
- ◯ Spirale (Wenn ja, welche? Seit wann?) _____
- ◯ Sterilisation _____
- ◯ andere _____

Menstruation
- ◯ Letzte Periode am _____
- ◯ Zykluslänge in Tagen (Bitte auch Abweichungen angeben, zum Beispiel 28 +/- 2 Tage) _____
- ◯ Blutungsdauer (Ggf. auch Schmierblutungen) _____
- ◯ Besonderheiten/Beschwerden (Zum Beispiel starke Blutungen, Schmerzen, prämenstruelle Beschwerden, ggf. welche?)

Andere gynäkologische Beschwerden, wenn ja welche?

Anzahl der Schwangerschaften _____

Anzahl der Geburten (Wann, Spontangeburt oder Kaiserschnitt, Komplikationen?)

40 **Liegt gerade eine Schwangerschaft vor oder stillen Sie?**

41 **Impfstatus** · Wann, welche Impfung?

42 **Corona-Infektion / Long-Covid** · Haben Sie fortbestehende Beschwerden seit einer durchgemachten Corona-Infektion? Wenn ja, welche?

43 **Gab es Auslandsaufenthalte?** Wenn ja, wo, wie lange, wann?

44 **Gab es traumatisierend erlebte Ereignisse** · Körperlich und/oder psychisch? Wenn ja, wann und ggf. inwiefern?

45 Welche Vorbehandlungen gab es bereits?

46 Was sollte in unserer Kooperation unbedingt passieren?

Was auf keinen Fall?

47 Was haben Sie vielleicht schon selbst als Behandlungsversuch(e) unternommen?

48 Was motiviert Sie für unsere Kooperation?

49 Angenommen unsere Kooperation wäre optimal. Wie würde sich das für Sie zeigen? Was wäre in einem Jahr anders? Woran würden Sie das bemerken?

Dr. med. Freya Sophia Till · Privatpraxis für Funktionelle Medizin · Weihers 10 · 88260 Argenbühl
+49 (0)7566 94 11 904 · praxis@freya-sophia-till.de

50 Weitere Anmerkungen oder Ergänzungen zu den Punkten 1-49. Bitte die Punktnummer nennen, auf die Sie sich beziehen.

Dr. med. Freya Sophia Till · Privatpraxis für Funktionelle Medizin · Weihers 10 · 88260 Argenbühl
+49 (0)7566 94 11 904 · praxis@freya-sophia-till.de