



## Anamnesebogen / Patientenfragebogen für die Rimkus Methode

Um die Situation des Patienten genauer einschätzen zu können, bitte so viele Punkte wie möglich ausfüllen. Sollten Laborbefunde existieren, bitte zu dem Fragebogen anhängen. Alle Angaben sind freiwillig!

**Datum:** .....

**Vorname, Name:** .....

**Straße/Hausnummer:** .....

**PLZ/Wohnort:** .....

**Geb. am:** .....

**Größe:** .....

**Gewicht:** .....

**Krankenversicherung: Privat versichert?**

**Ja /nein**

**Beruf:** .....

**Art der Tätigkeit:**

- |                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Körperlich | <input type="radio"/> viel im Auto |
| <input type="radio"/> Geistig    | <input type="radio"/> viel Stress  |
| <input type="radio"/> Sitzend    | <input type="radio"/> .....        |
| <input type="radio"/> Stehend    |                                    |
| <input type="radio"/> im Freien  |                                    |

**Aktuelle Problematik:** Bitte den oder die Hauptgründe für Ihre Konsultation aufführen

.....  
.....  
.....

**Bisherige Diagnosen/Klinikaufenthalte:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Leiden Sie unter folgenden Symptomen?**

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Chronische Bronchitis
- Atemnot
- Asthma

- Vermehrte Infektanfälligkeit
- Chron. Entzündungen
- .....

Wenn ja, bitte wenn möglich näher aufführen: .....

.....

**Nehmen Sie Medikamente/  
Nahrungsergänzungsmittel/Vitaminpräparate etc.?** **Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

.....

.....

**Nehmen Sie Hormonpräparate (auch Pille) ein?** **Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

.....

**Leiden Sie unter allergischen Erkrankungen:** **Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

**Leiden oder litten Sie an Magen-, Darm-, Pankreas-,  
Leber-, Gallenerkrankungen?** **Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

.....

**Gab es kardiovaskuläre Erkrankungen in der  
Familie (Vater, Mutter, Geschwister)?** **Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

.....

**Gab es Tumorerkrankungen in der  
Familie (Vater, Mutter, Geschwister)?** **Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

.....

## Beschwerden/Symptome

Leiden Sie unter folgenden Symptomen? Bitte kreuzen Sie an.

- Schlafstörungen
  - Einschlafstörungen
  - Durchschlafstörungen
- Depressionen
- Angst
  
- prämenstruelles Syndrom (PMS)
- Fehlgeburten
- schwere, gespannte Brüste
- unerklärbare Gewichtszunahme (insb. Taille)
- geschwollener Bauch, Beine, Arme, Finger
- zyklusbedingte Kopfschmerzen
  
- Hitzewallungen
- Nachtschweiß
- vaginale Trockenheit
- schmerzhafter Sexualverkehr
- verminderte Libido
- Blutungsunregelmäßigkeiten
- geringe oder keine Menstruation
- kleine Fältchen um Mund, Augen, Hände
- lethargische Depressionen
- Konzentrationsschwäche
  
- Blutungsunregelmäßigkeiten
- starke Monatsblutungen
- Gebärmutterhals-Veränderungen
- deutl. Gewichtszunahme (insb. Hüften)
- Süßappetit
- Wasseransammlungen
- Frösteln und Kältegefühl
- gespannte Brüste
- Migräne
- Stimmungsschwankungen
- Überempfindlichkeit
- ängstliche Depressionen
- Schlaflosigkeit
- Flush – spontane Gesichtsrötung
- Gallenblasenprobleme
  
- Nervosität
- Reizbarkeit
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit
  
- Fertilitätstörung (unerfüllter Kinderwunsch)
- verminderte Libido
- Angstzustände
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Muskelschwäche
  
- Gedächtnisstörungen
- Weinerlichkeit
- Knochenschwund/Osteoporose
- Inkontinenz
- häufige Blasenentzündung
- Herzklopfen
- Fibromyalgie
- Dünne Haut
- Verlust von Initiative/Antrieb
  
- fibrocystisches Brustgewebe (Knötchenbildung)
- Eierstockzysten
- Erhöhung der Triglyceride (freie Fettsäuren im Blut)
- Reiz-Darm-Syndrom
  
- Vermehrung der Gesichtsbehaarung
- Vermehrung der Körperbehaarung
- Haarausfall evtl. mit Geheimratseckenbildung
- Akne, fettige Haut
- Fertilitätsstörung
- Blutzuckerschwankungen

## Magen-Darm-Trakt/Verdauung

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder –Allergien?

Ja /nein

Wenn ja, welche:

.....

Leiden Sie unter folgenden „Darm“-Beschwerden?

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> Verdauungsproblemen      |
| <input type="radio"/> Blähungen   | <input type="radio"/> Unregelmäßiger Stuhlgang |
| <input type="radio"/> Durchfall   | <input type="radio"/> Sonstiges:               |
| <input type="radio"/> Koliken     |  |
| <input type="radio"/> Fettstuhl   |  |

.....

.....

Wie ist Ihre Ernährung?

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Vegetarisch   | <input type="radio"/> Viel Rohkost            |
| <input type="radio"/> Vegan         | <input type="radio"/> Glutenfrei              |
| <input type="radio"/> Wenig Fleisch | <input type="radio"/> Low carb                |
| <input type="radio"/> Viel Fleisch  | <input type="radio"/> Weitere Besonderheiten: |
| <input type="radio"/> Ausgewogen    |   |
| <input type="radio"/> „Kantine“     |   |

.....

Was trinken Sie und wie ist Ihre tägliche Trinkmenge?

.....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja /nein

Wenn ja, wieviel und was: .....

Trinken Sie regelmäßig Kaffee?

Ja /nein

Wenn ja, wieviel: .....

Rauchen Sie?

Ja /nein

Wenn ja, wieviel: .....

## Hormonhaushalt

Kennen Sie die Funktion Ihrer...

- Schilddrüse
- Nebenschilddrüse
- Hypophyse
- Nebennieren
- Bauchspeicheldrüs

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

**Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

**Nehmen Sie Eisentabletten ein?**

**Ja /nein**

Wenn ja, welche: .....

**Nehmen Sie Vitamin D-Präparate ein?**

**Ja /nein**

Wenn ja, in welcher Dosierung? .....

## Für Frauen:

**Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus?**

**Ja /nein**

Wenn ja, haben Sie diesbezüglich Beschwerden? (Zyklusstörungen/Ausfluss/Menstruationsleiden)

.....

.....

**Nehmen Sie Verhütungsmittel?**

**Ja /nein**

Wenn ja, welches? .....

## Für Männer:

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome?

- Prostatitis
- Potenzstörungen
- ständiger Harndrang
- mangelnde Libido

.....

.....