



# OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS  
*Integrative Medizin*

## AUFGABEBOGEN / ANAMNESE

Bitte füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus. Ihre Angaben unterstützen uns dabei, Risiken (z. B. Wechselwirkungen, Kontraindikationen) zu erkennen und die Diagnostik/Therapie individuell zu planen.  
Bitte nichts per Email versenden.

### 1. Personenbezogene Angaben

Nachname	Vorname	-
Geburtsdatum	- Telefon (tagsüber)	-
Straße / Hausnr.	- PLZ / Ort	-
EMail	- WhatsApp (optional)	-
Aktuelle berufliche Tätigkeit	- Krankenversicherung (PKV/Beihilfe/Selbstzahler )	-
Hausärztin/Hausarzt (Name)	- Telefon Hausarzt (optional)	-
Notfallkontakt (Name)	- Notfallkontakt (Telefon)	-
	-	-

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (bitte ankreuzen)

- Website
- Social Media
- GoogleSuche
- Presse/Medien
- Bewertungsseite
- Persönliche Empfehlung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 2. Anliegen und gesundheitliche Ziele

Was sind Ihre wichtigsten Ziele (z. B. Energie, Schlaf, Stress, Verdauung, Gewicht, Hormone, Longevity/Prävention)?

---

**Was sind Ihre aktuellen Hauptbeschwerden? (Seit wann? Vermuten Sie einen Auslöser?)**

---

**Nebenbeschwerden / weitere Anliegen**

---

**Schmerz / Beschwerden (falls zutreffend)**

**Faktor**    **kein** **Effekt** **besser** **schlechter**

Bewegung        

Sitzen           

Stehen           

Liegen           

Morgens           

Abends           

Nachts           

Schmerzintensität (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz): Aktuell \_\_\_\_/10 Schlimmster Fall \_\_\_\_/10

### Körper-Skizze / Lokalisation von Beschwerden (optional)

Bitte markieren Sie die betroffenen Stellen (z. B. Kreis/Kreuz) und ggf. rechts/links.



**OLGA BECKMANN**

PRIVATARZTPRAXIS  
*Integrative Medizin*



rechts  links  beidseits Notizen: \_\_\_\_\_



### Weitere Angaben (optional)

Wünschen Sie eine langfristige, regelmäßige Betreuung nach unseren Empfehlungen?  ja  nein, zunächst nur einmalig

Möchten Sie unseren Newsletter abonnieren?  ja  nein

Welche Farben wirken auf Sie beruhigend? \_\_\_\_\_

Bei welcher Musik fühlen Sie sich entspannt/geborgen? \_\_\_\_\_

### 3. Krankengeschichte

Welche Fachärzte/Heilpraktiker oder Kliniken haben Sie bereits aufgesucht? (ggf. mit Datum)

---

Welche Untersuchungen liegen vor? (Röntgen, MRT/CT, Labor, EEG/EKG, Endoskopie etc.) – bitte Befunde mitbringen

---

**Welche Therapien wurden bereits durchgeführt? Mit welchem Erfolg?**

---

**Frühere Erkrankungen / chronische Erkrankungen (bitte angeben)**

- Herz/Kreislauf (z. B. Hypertonie, Rhythmusstörungen, Herzinfarkt): \_\_\_\_\_
- Lunge (z. B. Asthma, COPD): \_\_\_\_\_
- Verdauung (Magen/Darm), Leber/Galle, Pankreas: \_\_\_\_\_
- Niere/Blase: \_\_\_\_\_
- Schilddrüse / Hormonsystem: \_\_\_\_\_
- Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Fettstoffwechsel, Gicht): \_\_\_\_\_
- Neurologie (z. B. Migräne, Schwindel, Krampfanfälle): \_\_\_\_\_
- Psyche (z. B. Depression, Angst, Burnout): \_\_\_\_\_
- Bewegungsapparat (Rücken, Gelenke, Unfälle, Verletzungen): \_\_\_\_\_
- Haut: \_\_\_\_\_
- Augen / Ohren / HNO: \_\_\_\_\_
- Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

**Operationen / Krankenhausaufenthalte / Implantate****Frühere Operationen (Art, Datum)**

---

**Krankenhausaufenthalte (Grund, Datum)**

---

**Gibt es Implantate/Fremdkörper? (z. B. Metall, Schrauben/Platten, Stents, IUD etc.) – wenn ja, wo?**

---

**Kinderkrankheiten / Impfungen**

Kinderkrankheiten (ggf. Datum): \_\_\_\_\_

Impfungen (letzte Auffrischungen, z. B. Tetanus, COVID19, Influenza): \_\_\_\_\_

---

**4. Medikamente, Nahrungsergänzung und Allergien**

Bitte listen Sie alle regelmäßig oder bei Bedarf eingenommenen Medikamente auf (inkl. Dosierung), sowie Nahrungsergänzungsmittel, Hormone, Injektionen/Infusionen.

<b>Medikamente (Name, Dosierung, Einnahme):</b>

Blutverdünner/Thrombozytenhemmer (z. B. ASS, Marcumar/Phenprocoumon, Apixaban/Rivaroxaban, Clopidogrel):  nein  ja: \_\_\_\_\_

Bekannte Allergien (z. B. Medikamente, Latex, Pflaster, Lebensmittel):

Unverträglichkeiten (z. B. Histamin, Laktose, Gluten):

## 5. Lebensstil

Größe (cm)	Gewicht (kg)
Blutdruck (falls bekannt)	— Puls (falls bekannt)
Schlafdauer (h/Nacht)	— Schlafqualität (gut/mittel/schlecht)
Bewegung/Sport (Art, Häufigkeit)	— Sitzende Tätigkeit (Std/Tag)
Ernährungsform (z. B. gemischt, vegetarisch, keto)	— Flüssigkeitszufuhr (l/Tag)
Kaffee/Koffein (Menge/Tag)	— Alkohol (Menge/Woche)
Nikotin (PackYears / aktuell)	— Drogen (optional)
<b>Stressbelastung (Beruf/Privat) und Entspannung (z. B. Sauna, Meditation, Yoga)</b>	—

## **Schweißneigung / Nachtschweiß**

---

**Umwelt-/Schadstoffbelastungen (privat/beruflich; z. B. Lösungsmittel, Metalle, Schimmel, Feinstaub)**

---

**Schichtarbeit/Jetlag/Reisen (falls relevant)**

---

## **6. Frauen-/Männergesundheit (bitte ausfüllen, soweit zutreffend)**

### **Frauen**

Zykluslänge (Tage)

Menstruation  
(Dauer/Stärke)

Verhütung (z. B. Pille/IUD)

— Beschwerden (z. B. PMS,  
Schmerzen)

Menopause seit

— Hormontherapie (ja/nein,  
welche?)

### **Schwangerschaften/Geburten (Datum), Kaiserschnitt/Dammschnitt, Fehlgeburten**

### **Gynäkologische Erkrankungen/Operationen (z. B. Zysten, Endometriose, Ausschabungen, Polypen)**

---

### **Männer**

Prostata (Beschwerden/OP) Hodenentzündung o. Ä.

Erektionsfähigkeit — Libido/sexuelle  
Beschwerden

### **Geschlechtskrankheiten (falls bekannt)**

---

### **Vorsorge / Screening (falls zutreffend)**

Letzte Krebsvorsorge (z. B. Gyn/Uro/HA): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Letzte Darmspiegelung (Koloskopie): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Letztes Hautkrebscreening: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Letzter Zahn-/ProphylaxeTermin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## **7. Familienanamnese (Verwandtschaftsgrad angeben)**

Diabetes: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt/KHK: \_\_\_\_\_

Schlaganfall: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Schildrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien/Atopie: \_\_\_\_\_

Übergewicht/Adipositas: \_\_\_\_\_

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_

Demenz/Neurodegeneration: \_\_\_\_\_

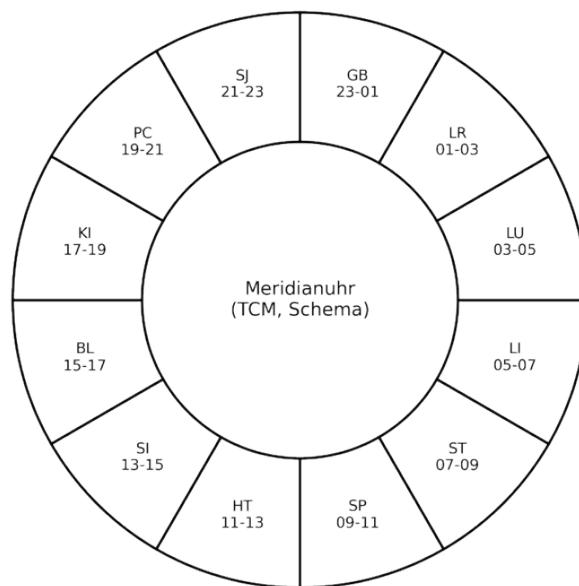
Andere relevante Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## ANHANG (optional): Ergänzende Tabellen zur Eigenanalyse / Dokumentation

Bitte nur ausfüllen, wenn relevant. Bitte ankreuzen (□) und/oder ergänzen. Diese Tabellen dienen der Dokumentation und ersetzen keine ärztliche Diagnostik.

### A) Meridianuhr / Tageszeit-Beschwerden (TCM, optional)

Hinweis: Komplementäre Zuordnung (TCM). Bitte ankreuzen, wenn Beschwerden regelmäßig in dem Zeitfenster auftreten.



Hinweis: Komplementäre Zuordnung; nicht schulmedizinisch beweisend.

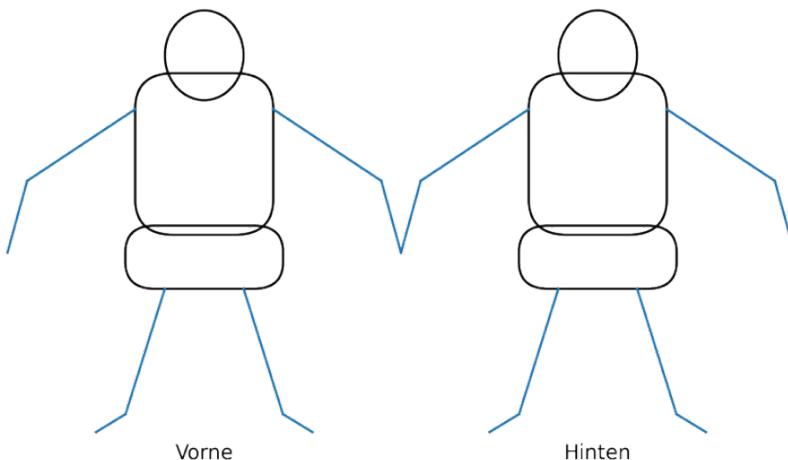
#### Zeitfenster Zuordnung (TCM) □ trifft zu / Beschwerden Notizen (optional)

23-01	Gallenblase (GB)	□
01-03	Leber (LR)	□
03-05	Lunge (LU)	□
05-07	Dickdarm (LI)	□
07-09	Magen (ST)	□
09-11	Milz (SP)	□
11-13	Herz (HT)	□
13-15	Dünndarm (SI)	□
15-17	Blase (BL)	□
17-19	Niere (KI)	□
19-21	Perikard (PC)	□
21-23	3-Erwärmer (SJ)	□

### B) Segment-/Dermatom-Übersicht (optional)

Bitte markieren Sie Beschwerden im Körper-Schema und kreuzen Sie passende Segmente an (zur Dokumentation).

Körper-Schema (z. B. Schmerz / Taubheit markieren)



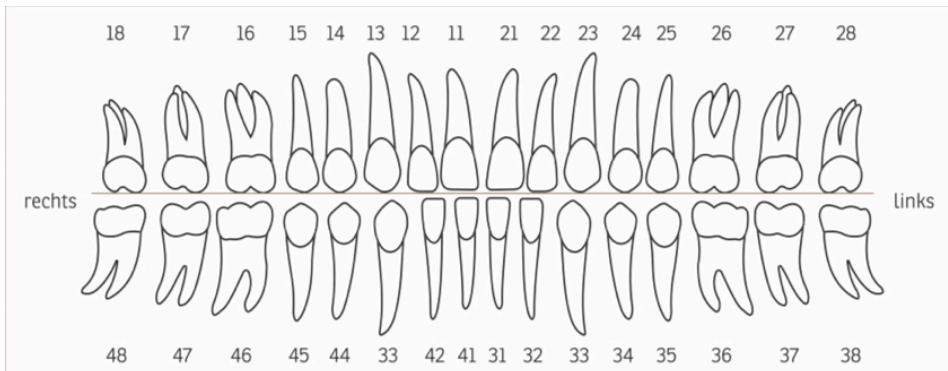
Zur Dokumentation; Interpretation im Arztgespräch.

Segment	Typische Region (Kurz)	<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Taubheit/Kribbeln	Seite / Notizen
C2	Hinterkopf / oberer Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
C3	Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
C4	Schulterbereich / Schlüsselbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
C5	Oberarm außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
C6	Unterarm radial / Daumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
C7	Mittelfinger / Handrücken zentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
C8	Kleinfinger / Unterarm ulnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
T1	Unterarm innen / Ellenbeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
T2	Oberer Brustbereich / Achsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
T4	Brustwarzenhöhe (ungefähr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
T6	Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
T10	Nabelhöhe (ungefähr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____

T12	Unterbauch / Leiste (Übergang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
L1	Leiste / oberer Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
L2	Vorderer Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
L3	Knie / medialer Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
L4	Unterschenkel medial / Innenknöchel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
L5	Fußrücken / Großzehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
S1	Fußaußenkante / kleiner Zeh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____
S2	Rückseite Oberschenkel / Kniekehle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Notizen: _____

### C) Zahnstatus (OPG-Schema) & Beschwerden (optional)

Bitte markieren Sie im Schema betroffene Zähne (z. B. fehlend, Implantat, Krone/Brücke, Wurzelbehandlung) und ergänzen Sie unten. Bitte ankreuzen.



- Amalgamfüllungen vorhanden
- Amalgamfüllungen entfernt (Jahr: \_\_\_\_\_)
- Wurzelbehandlungen vorhanden (Zahnnummern: \_\_\_\_\_)
- Kronen/Brücken vorhanden (Zahnnummern: \_\_\_\_\_)
- Implantate vorhanden (Zahnnummern: \_\_\_\_\_)
- Parodontitis / häufiges Zahnfleischbluten
- Kiefergelenksbeschwerden / Knirschen
- Letzte OPG/Panoramaaufnahme vorhanden (Datum: \_\_\_\_\_)

### Komplementäre Zahn-Organ-Notizen (optional):

### Zahn / Region Zuordnung (optional) Bemerkungen

□

#### D) Wirbelsäule / Rücken (optional)

Hinweis: Bitte ankreuzen und ggf. auf dem Schema markieren. Diese Angaben dienen der Dokumentation und unterstützen die Anamnese.



Bitte ankreuzen:

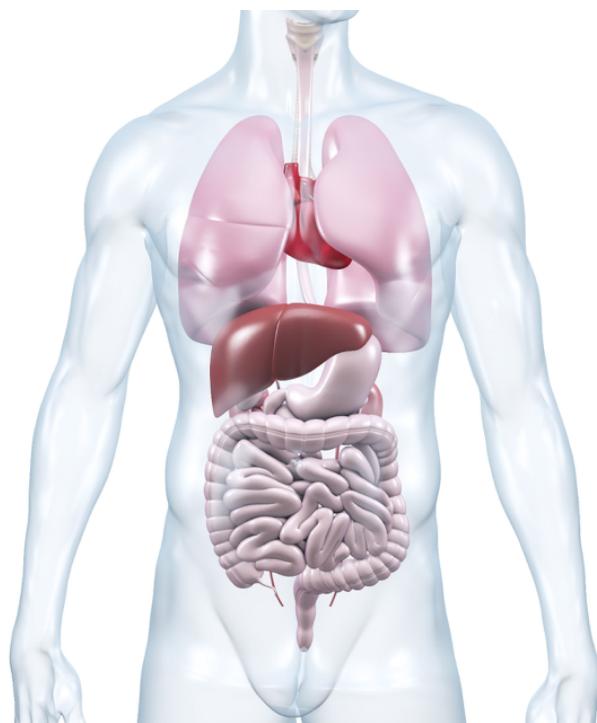
Bereich	rechts	links	beidseits	Notizen
HWS / Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
BWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ISG / Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Steißbein / Beckenboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schulter/Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hüfte/Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Begleitend (bitte ankreuzen):  Taubheit  Kribbeln  Schwäche  Schwindel  Kopfschmerz  Muskelkrämpfe  Sonstiges: \_\_\_\_\_

□

#### E) Organschema / Beschwerden (optional)

Bitte markieren Sie betroffene Bereiche/Organe auf dem Schema und ergänzen Sie Symptome/Notizen.



Bitte ankreuzen :

- Herz/Kreislauf  Lunge/Atemwege
- Magen/Reflux  Darm (Blähungen, Stuhlgang)
- Leber/Galle  Bauchspeicheldrüse
- Niere/Blase  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Notizen / Symptome:

---

---

---

---

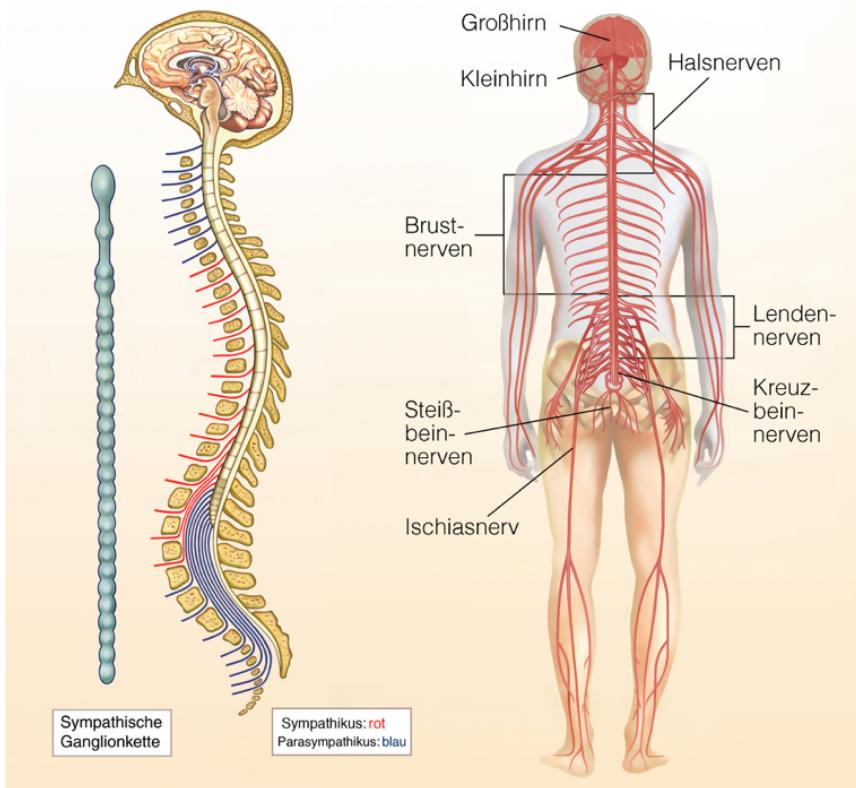
---

---

**F) Vegetatives Nervensystem / Stress (optional)**

Hinweis: Bitte ankreuzen, wenn zutreffend. Diese Angaben dienen der Dokumentation.

# Nervensystem - Sympathikus



Symptome (bitte ankreuzen):  Herzrasen/Palpitationen  Schwitzen  Zittern  Schlafstörungen  innere Unruhe/Angst  Verdauungsbeschwerden  Kälte-/Hitzegefühl  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Notizen:

---

## **9. Erklärungen, Datenschutz und Kommunikation**

Richtigkeit der Angaben: Ich versichere, dass ich die Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unzutreffende Angaben die Diagnostik und Behandlung beeinflussen und zu Risiken führen können. Ich werde Änderungen (z. B. neue Diagnosen, Medikamente, Allergien) unverzüglich mitteilen.

Datenschutzhinweis: Meine Gesundheitsdaten werden zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung verarbeitet. Die Patientenakte wird grundsätzlich mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, sofern keine längeren gesetzlichen Pflichten bestehen.

Kommunikation (optional – bitte ankreuzen):

- Ich möchte Befunde/Termininformationen per EMail erhalten (Hinweis: EMail kann Sicherheitsrisiken haben).
- Ich möchte Befunde/Termininformationen per Messenger (z. B. WhatsApp) erhalten (Hinweis: Messenger können datenschutzrechtliche Risiken haben).
- Bitte kontaktieren Sie mich bevorzugt telefonisch.

Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Übermittlung an Dritte (falls erforderlich für Diagnostik/Therapie):

- Ich bin einverstanden, dass erforderliche Daten/Befunde an beauftragte Labore und mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt werden.
  - Ich wünsche eine Übermittlung von Befunden an folgende Ärztin/folgenden Arzt:
- 

Ort

Datum

**Unterschrift Patientin/Patient:** \_\_\_\_\_