



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

AUFNAHMEBOGEN / 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	_____
E-Mail	_____	WhatsApp (optional)	_____
Aktuelle berufliche Tätigkeit	_____	Krankenversicher- ung (PKV/Beihilfe/Se- lbstzahler)	_____
Hausärztin/ Hausarzt (Name)	_____	Telefon Hausarzt (optional)	_____
Notfallkontakt (Name)	_____	Notfallkontakt (Telefon)	_____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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

- ☐ Website
- ☐ Social Media
- ☐ Google-Suche
- ☐ 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)?

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

Welche Farben wirken auf Sie beruhigend?



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Bei welcher Musik fühlen Sie sich entspannt/geborgen?

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



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Nebenbeschwerden / weitere Anliegen

Schmerz / Beschwerden (falls zutreffend)

Faktor	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung	☐	☐	☐
Sitzen	☐	☐	☐
Stehen	☐	☐	☐
Liegen	☐	☐	☐
Morgens	☐	☐	☐
Abends	☐	☐	☐
Nachts	☐	☐	☐



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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/link



☐ rechts

☐ links ☐ beidseits Notizen: _____

Weitere Angaben (optional)



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

3. Krankengeschichte

**Welche Fachärzte/Heilpraktiker oder Kliniken haben Sie bereits aufgesucht?
(ggf. mit Datum) - bitte Befunde mitbringen**

**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: _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

☐ 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?



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Kinderkrankheiten / Impfungen

Kinderkrankheiten (ggf. Datum):

Impfungen (letzte Auffrischungen, z. B. Tetanus, COVID-19, Influenza):

4. Medikamente, Nahrungsergänzung und Allergien

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

Medikamente (Name, Dosierung, Einnahme):



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Nahrungsergänzungen / Hormone (Name, Dosierung):

Laborbefunde (Datum, Labor, wichtigste Werte/Parameter):

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



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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 (Pack-Years / aktuell)	_____	Drogen (optional)	_____
	_____		_____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Stressbelastung (Beruf/Privat) und Entspannung (z. B. Sauna, Meditation, Yoga)

Schweißneigung / Nachtschweiß

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

Schichtarbeit/Jetlag/Reisen (falls relevant)



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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, Vakuum
Geburten, Fehlgeburten, Extrauterine Schwangerschaften

Gynäkologische Erkrankungen/Operationen – bitte markieren:

Zysten, Inkontinenz, Endometriose, Ausschabungen, Aborten, Polypen,
Gebärmuttersenkungen, Vaginale Senkungen, Rektum Senkungen,
Blasensenkungen, Libidostörungen)



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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 Hautkrebsscreening: _____ Datum:



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Letzter Zahn-/Prophylaxe-Termin: _____ Datum:

7. Familienanamnese (Verwandtschaftsgrad angeben)

Diabetes: _____

Bluthochdruck: _____

Herzinfarkt/KHK: _____

Schlaganfall: _____

Krebserkrankungen: _____

Schilddrüsenerkrankungen:

Allergien/Atopie: _____

Übergewicht/Adipositas: _____

Autoimmunerkrankungen:

Demenz/Neurodegeneration:

Andere relevante Erkrankungen:



OLGA BECKMANN

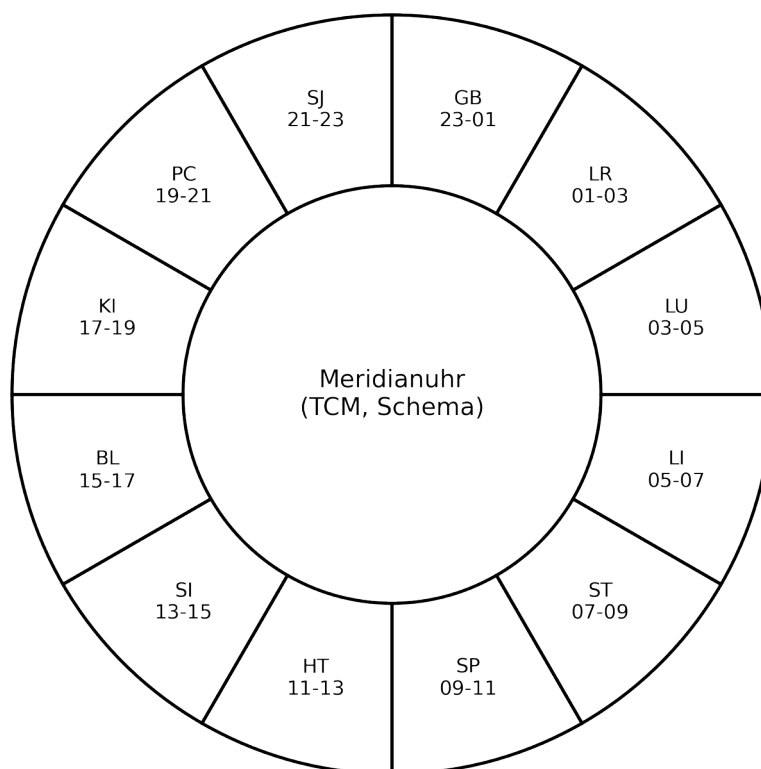
PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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.



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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)	☐	



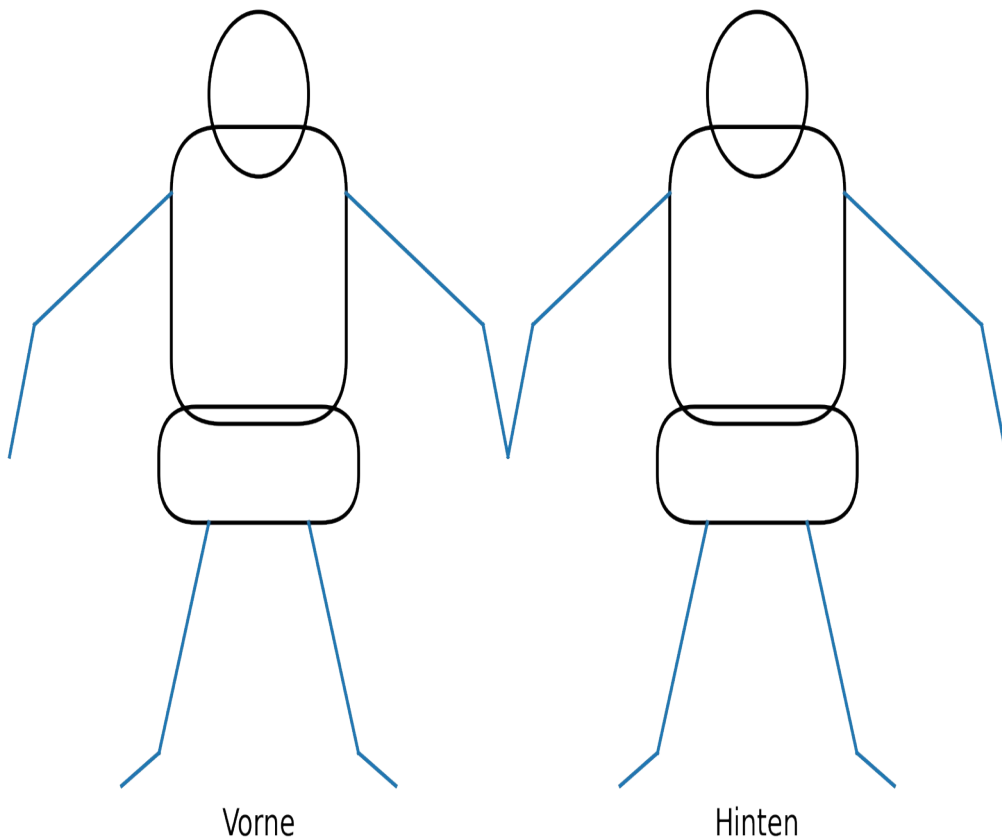
OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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.



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Segment	Typische Region (Kurz)	☐ Schmerz	☐ Taubheit/Kribbeln	Seite / Notizen
C2	Hinterkopf / oberer Nacken	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
C3	Nacken	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
C4	Schulterbereich / Schlüsselbein	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
C5	Oberarm außen	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
C6	Unterarm radial / Daumen	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
C7	Mittelfinger / Handrücken zentral	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
C8	Kleinfinger / Unterarm ulnar	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
T1	Unterarm	☐	☐	☐ rechts ☐ links



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

	innen / Ellenbeuge			Notizen: _____
T2	Oberer Brustbereich / Achsel	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
T4	Brustwarzenh öhe (ungefähr)	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
T6	Oberbauch	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
T10	Nabelhöhe (ungefähr)	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
T12	Unterbauch / Leiste (Übergang)	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
L1	Leiste / oberer Oberschenkel	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
L2	Vorderer Oberschenkel	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
L3	Knie / medialer Oberschenkel	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
L4	Unterschenkel medial / Innenknöchel	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
L5	Fußrücken / Großzehe	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____



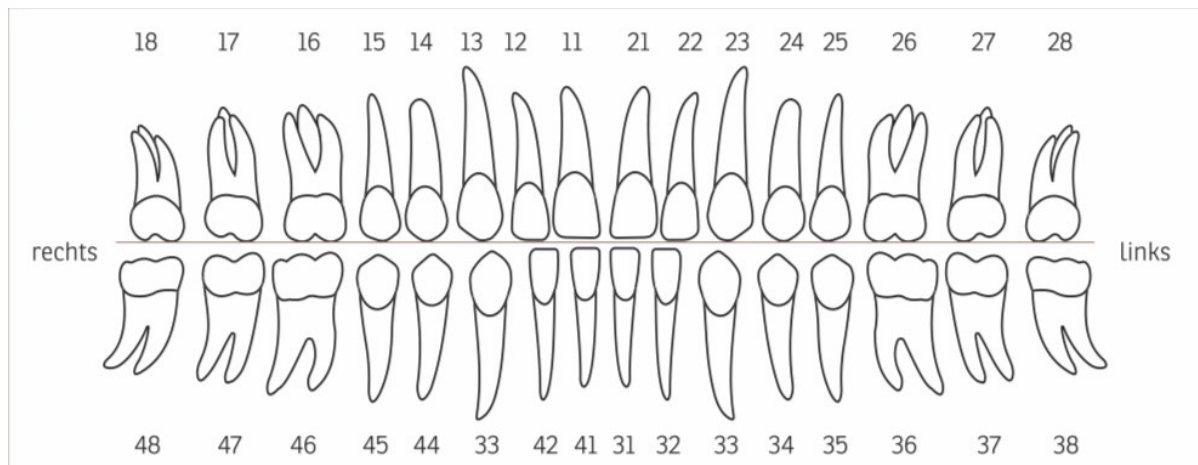
OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

S1	Fußaußenkante / kleiner Zeh	☐	☐	☐ rechts ☐ links Notizen: _____
S2	Rückseite Oberschenkel / Kniekehle	☐	☐	☐ rechts ☐ 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: _____)



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

D) Wirbelsäule / Rücken- Hinweis: Bitte ankreuzen und ggf. auf dem Schema markieren. Diese Angaben dienen der Dokumentation und unterstützen die Anamnese.

Begleitend (bitte ankreuzen): ☐ Taubheit ☐ Kribbeln ☐ Schwäche ☐ Schwindel
☐ Kopfschmerz ☐ Muskelkrämpfe ☐ Sonstiges: _____

Bereich	rechts	links	beidseits	Notizen
HWS / Nacken	☐	☐	☐	_____ _____ _____
BWS	☐	☐	☐	_____ _____ _____
LWS	☐	☐	☐	_____ _____ _____
ISG / Becken	☐	☐	☐	_____ _____ _____
Steißbein / Beckenboden	☐	☐	☐	_____ _____ _____
Schulter/Arm	☐	☐	☐	_____ _____ _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Hüfte/Bein

☐☐☐

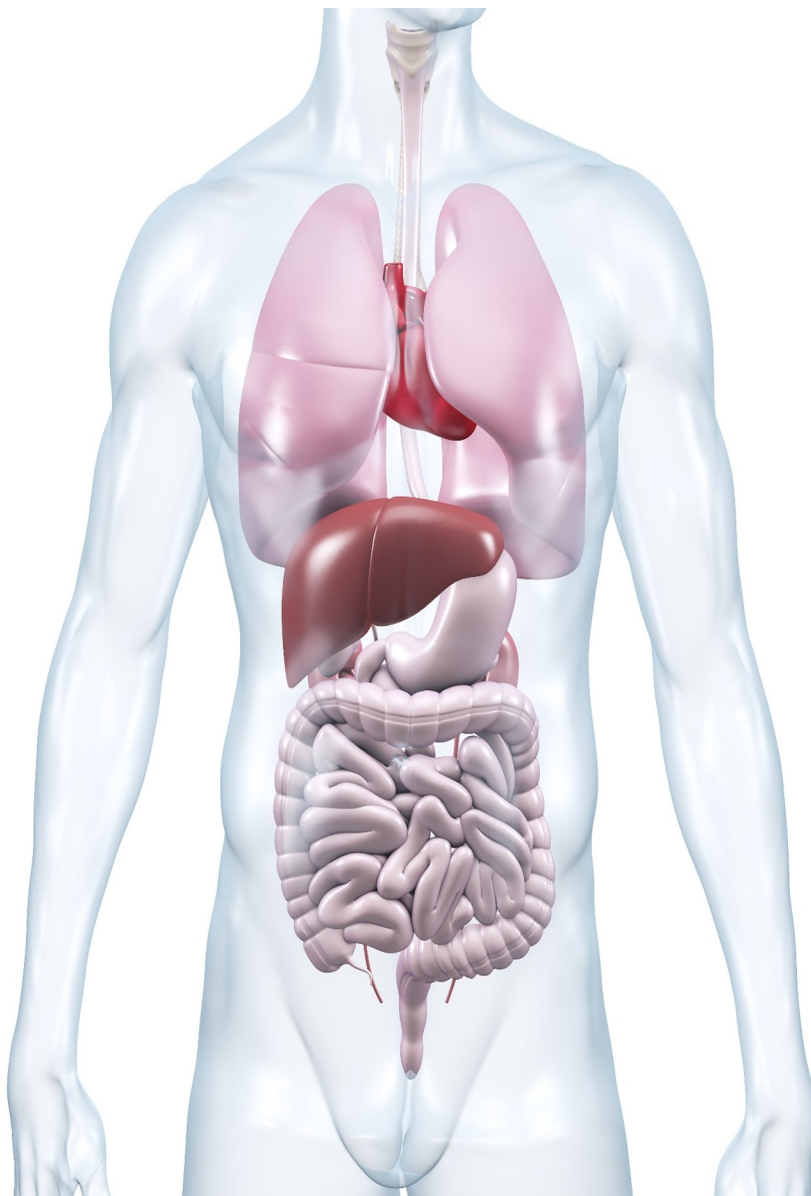


OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

E) Organschema / Beschwerden (optional)

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





OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Bitte ankreuzen :

☐ Herz/Kreislauf

Luftnot

Ödeme Unterschenkel

Herzbeschwerden

☐ Lunge/Atemwege

Luftnot

☐ Darm (Blähungen, Stuhlgang)

☐ Magen/Reflux

Stuhlfarbe

Stuhlkonsistenz

☐ Leber/Galle

☐ Bauchspeicheldrüse



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

☐ Niere/Blase

☐ Sonstiges: _____

Notizen / Symptome:



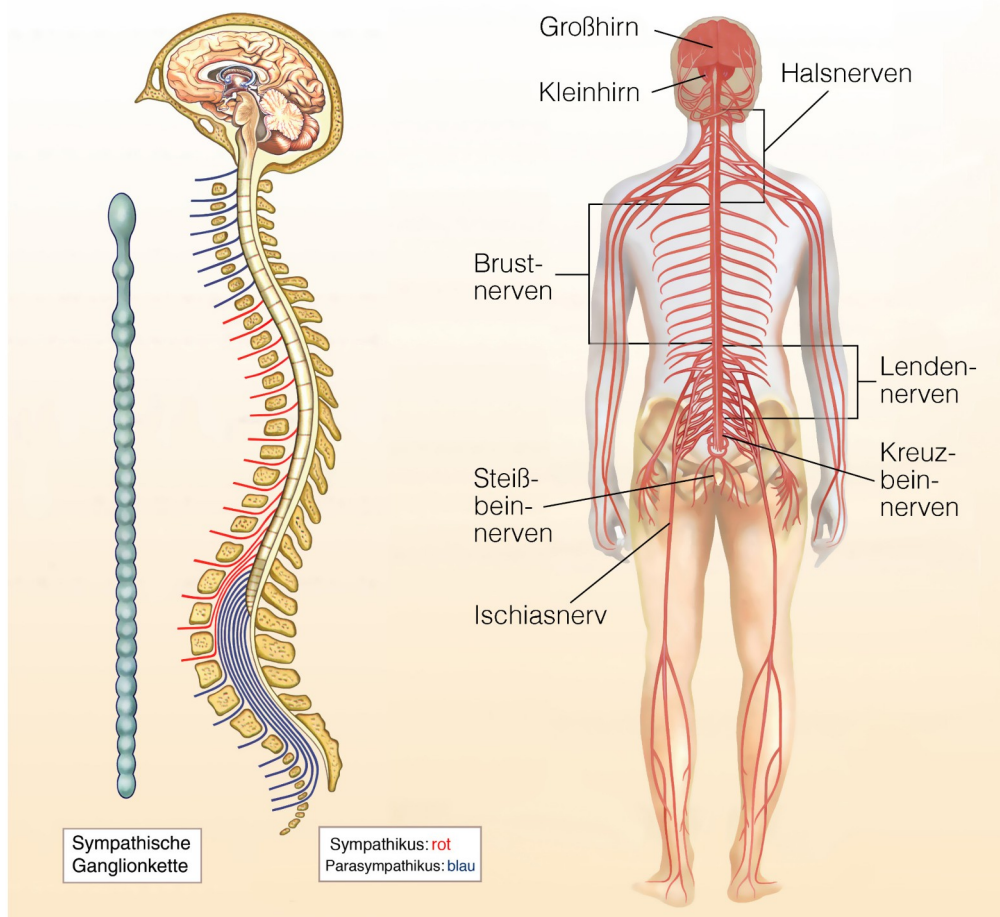
OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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: _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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 E-Mail erhalten (Hinweis: E-Mail 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.



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

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: _____