Anamnesebogen für Männer

Naturheilpraxis JANZ · Jenny Janz, Heilpraktikerin

JANZ gesund & schön Naturheilpraxis

So geht es: Bitte füllen Sie den Bogen in Ruhe zu Hause aus und bringen Sie ihn zum Ersttermin mit, möglichst mit Befunden und Laborwerten. Was Sie nicht wissen, lassen Sie einfach frei. So haben wir im Termin mehr Zeit für Ihr Anliegen.

Wichtig: Dieser Bogen ersetzt keine Untersuchung. Bei Brustschmerz, Atemnot in Ruhe, plötzlicher Lähmung, Sprach- oder Sehstörung rufen Sie sofort 112 an. Bei Fragen: 0173 679 20 22.

1 Ihre Daten und Ihr Ziel

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Datum heute	
Adresse	
E-Mail, Telefon	
Größe, Gewicht	
Beruf, aktuelle Tätigkeit	
Familienstand, Kinder	
Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?	
Was soll in 3 Monaten besser sein?	
Wie sind Sie zu mir gekommen?	☐ Google ☐ Instagram ☐ TikTok ☐ ChatGPT ☐ Empfehlung ☐ Sonstiges: …

Name: _____

2 Aktuelle Beschwerden

Bitte alles ankreuzen, was auf Sie zutrifft.

Beschwerde	leicht	mittel	stark
☐ Antriebslosigkeit, Müdigkeit	☐	☐	☐
☐ Weniger Muskelkraft oder Muskelmasse	☐	☐	☐
☐ Mehr Bauchfett, Gewichtszunahme	☐	☐	☐
☐ Wenig Lust auf Sex	☐	☐	☐
☐ Erektionsprobleme	☐	☐	☐
☐ Weniger Morgenerektionen	☐	☐	☐
☐ Schlafstörungen	☐	☐	☐
☐ Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit	☐	☐	☐
☐ Niedergeschlagenheit	☐	☐	☐
☐ Ängste, innere Unruhe	☐	☐	☐
☐ Konzentrationsprobleme	☐	☐	☐
☐ Hitzewallungen, Schwitzen	☐	☐	☐
☐ Gelenkschmerzen	☐	☐	☐
☐ Kopfschmerzen, Migräne	☐	☐	☐
☐ Herzrasen, Herzklopfen	☐	☐	☐
☐ Häufiges Wasserlassen, auch nachts	☐	☐	☐
☐ Verdauungsprobleme	☐	☐	☐
☐ Haarausfall	☐	☐	☐

Weitere Beschwerden, und seit wann?	

M Hormone und Männergesundheit

Prostata: Untersuchung, Jahr, PSA-Wert	
Schwacher Harnstrahl oder Nachtröpfeln	☐ Ja ☐ Nein
Schmerzen beim Wasserlassen oder Blut im Urin	☐ Ja ☐ Nein
Veränderungen an den Hoden	☐ Ja ☐ Nein
Fruchtbarkeit oder Kinderwunsch ein Thema	☐ Ja ☐ Nein
Kinder (Anzahl)	
Testosteron schon gemessen? Wann, Wert?	
Testosteron oder Anabolika genommen? Was, wie lange?	
Potenzmittel: Welche, wie oft?	
Pflanzliche Mittel bisher: Was, Wirkung?	
Knochendichte gemessen? Jahr	☐ Ja ☐ Nein

3 Vorerkrankungen und Familie

Erkrankung		Welche? Seit wann?
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Diabetes	☐ Ja ☐ Nein	
Bluthochdruck	☐ Ja ☐ Nein	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Thrombose oder Embolie	☐ Ja ☐ Nein	
Osteoporose	☐ Ja ☐ Nein	
Krebserkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Autoimmunerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Depression oder psychische Erkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Migräne	☐ Ja ☐ Nein	
Andere chronische Erkrankung	☐ Ja ☐ Nein	

Operationen: Was, wann?	_____
Allergien	☐ Hausstaub ☐ Pollen ☐ Tierhaare ☐ Korbblütler ☐ Arzneimittel ☐ keine
Impfstatus aktuell	☐ Ja ☐ Nein

Familie

Erkrankung in der Familie		Bei wem?
Prostatakrebs	☐ Ja ☐ Nein	
Darmkrebs	☐ Ja ☐ Nein	
Osteoporose	☐ Ja ☐ Nein	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Diabetes	☐ Ja ☐ Nein	
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Autoimmunerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	
Thrombose	☐ Ja ☐ Nein	

4 Medikamente

Bitte alle nennen, auch Schmerzmittel, Hormone, Spritzen und Mittel bei Bedarf. Bringen Sie gern die Packungen oder Ihren Medikamentenplan mit.

Name	Dosis (z. B. 100 µg)	Wann? (morgens …)	Seit wann?	Wofür?

5 Nahrungsergänzung, Vitamine und Pflanzliches

Dazu gehören zum Beispiel Vitamin D, Eisen, Magnesium, Omega-3, Biotin, Tees, Tropfen und Pulver.

Name und Marke	Menge pro Tag	Wann?	Seit wann?	Wofür? Hilft es?

Haben Sie etwas abgesetzt, weil Sie es nicht vertragen haben?	_____ _____

6 Ernährung und Trinken

So esse ich	☐ ausgewogen ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ low carb ☐ viel Fertigprodukte ☐ frisch gekocht ☐ Bio
Unverträglichkeiten oder Allergien (z. B. Laktose, Gluten)	_____
Diäten oder Fasten in den letzten 2 Jahren	_____
Gewicht: Wie hat es sich in den letzten 5 Jahren verändert?	_____

Ein typischer Tag

Mahlzeit	Uhrzeit	Was essen und trinken Sie?
Frühstück		
Vormittag		
Mittag		
Nachmittag		
Abend		
Spät abends		

Wie oft essen Sie das?

Lebensmittel	täglich	mehrmals pro Woche	selten	nie
Gemüse und Salat	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Vollkorn, Haferflocken	☐	☐	☐	☐
Weißbrot, Nudeln, Reis	☐	☐	☐	☐
Fleisch und Wurst	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte, Tofu	☐	☐	☐	☐
Nüsse und Samen	☐	☐	☐	☐
Süßes, Kuchen	☐	☐	☐	☐
Fertiggerichte, Fast Food	☐	☐	☐	☐

Trinken

Wie viel trinken Sie am Tag?	☐ unter 0,5 Liter ☐ 0,5–1 Liter ☐ 1–1,5 Liter ☐ über 1,5 Liter
Wasser und Tee pro Tag	… Liter
Kaffee pro Tag	… Tassen
Softdrinks, Cola, Energy-Drinks pro Tag	… Gläser
Alkohol pro Woche	… Gläser

7 Bewegung, Schlaf und Stress

Bewegung pro Woche	☐ täglich ☐ 3–5-mal ☐ 1–2-mal ☐ selten ☐ gar nicht
Welche Bewegung?	_____
Rauchen	☐ Ja, … pro Tag ☐ Nein ☐ Ex-Raucher seit …
Schlafdauer pro Nacht	… Stunden
Schlafqualität	☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht
Schnarchen oder Atemaussetzer	☐ Ja ☐ Nein
Stresslevel	☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch ☐ sehr hoch
Schnell erschöpft bei Hausarbeit oder Spazieren	☐ Ja ☐ Nein
Reizbar bei Lärm oder vielen Eindrücken	☐ Ja ☐ Nein
Hirnnebel, Watte im Ohr oder Tinnitus	☐ Ja ☐ Nein
Fühlen Sie sich oft überfordert oder niedergeschlagen?	☐ Ja ☐ Nein
Was tun Sie 1–2 Stunden vor dem Schlafengehen?	_____

8 Verdauung, Blase und Körper

Stuhlgang	☐ täglich ☐ alle 2–3 Tage ☐ seltener ☐ mehrmals täglich
Form	☐ hart ☐ normal ☐ weich ☐ flüssig
Farbe	☐ hellbraun ☐ mittelbraun ☐ dunkelbraun ☐ gelb ☐ grün ☐ schwarz
Blut im Stuhl	☐ Ja ☐ Nein
Blähungen	☐ Ja ☐ Nein
Sodbrennen	☐ Ja ☐ Nein
Völlegefühl oder Aufstoßen	☐ Ja ☐ Nein
Übelkeit oder Bauchschmerzen	☐ Ja ☐ Nein
Flush oder Herzrasen nach dem Essen	☐ Ja ☐ Nein
Wasserlassen: Wie oft am Tag, wie oft nachts?	… am Tag · … nachts
Kalte Hände und Füße	☐ Ja ☐ Nein
Kälteempfindlich	☐ Ja ☐ Nein
Nachtschweiß	☐ Ja ☐ Nein
Gelenk- oder Muskelschmerzen	☐ Ja ☐ Nein
Zustand der Nägel	_____