

Anamnese – Fragebogen

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Tel. _____
Straße _____	Mobil _____
PLZ – Ort _____	FAX _____
Beruf _____	E-Mail _____
Wer hat uns empfohlen? _____	Familienstand/Kinder _____

Versicherung: ☼ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) ☼ Beihilfe/Post ☼ Privat-Versicherung
☼ Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern

Großeltern

Geschwister

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann

Nahrungsmittel

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, morgens, abends
Stirn – Augen – Schläfen - Hinterhauptregion
halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechtsTinnitus seit Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☼ Ja ☼ Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☼ Ja ☼ Nein

Zahnfüllmaterialien ☼ Amalgam ☼ Kunststoff ☼ Gold ☼ Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

Leber Entzündung – Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Konsistenz: schnittfest, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig,
pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen,
kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze,
eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**
☼ Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
☼ Nein

Unterleib

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche
Klimakterische Beschwerden.....
- Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche**
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

Allgemeines

- Mein aktuelles Körpergewicht** **Meine Körpergröße**
- Meine Blutgruppe** **Mein Blutdruck**
- Trinken Sie Alkohol?** **Rauchen Sie?** ☀ Ja ☀ Nein
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**
- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?**
- Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?**
- Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?**
- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit** übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

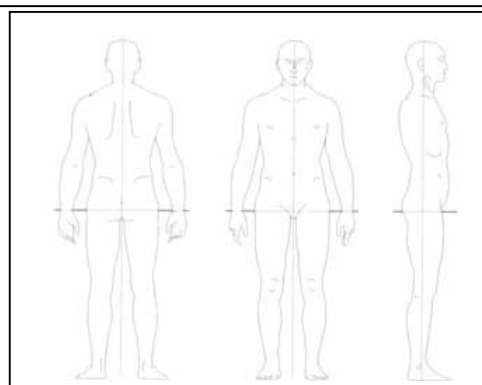
Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Kreuz - punktförmiger Schmerz
Linie - unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark



- Seit wann haben Sie die Schmerzen?**
- Gab es ein auslösendes Ereignis?**
- Wie oft haben Sie die Schmerzen?** Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?	Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend
Welche Ereignisse verschlimmern?	Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges
Welche Ereignisse verbessern?	Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
Andere Symptome zum Schmerz	Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.