



Termin bei

am umUhr.

Fragebogen für eine naturheilkundliche Anamnese

Sehr geehrte Patienten, bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Schlafen Sie gern einmal darüber und bearbeiten Sie ihn ein zweites Mal. Sie werden überrascht sein, was Ihnen noch alles einfallen wird. Für uns ist die genaue Beantwortung dieser Fragen eine wichtige Hilfe bei Ihrer Behandlung. Senden Sie diesen Anamnesebogen möglichst schon vor Ihrem Besuch an die Praxisadresse zurück, damit wir uns im Vorfeld Gedanken machen können.

Name:

Geburtszeit:

Vorname:

Ort:

Strasse:

(im zuständigen. Standesamt erfragbar, für bestimmte
Betrachtungen hilfreich)

PLZ/Ort:

Hausarzt:.....

Tel. privat:

Beruf/Schulklasse:.....

Tel. gesch.:

Versicherungen:.....

e-mail:

Geburtstag:

Bei Kindern Name des Rechnungsempfängers:

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anleitung:

Bei den jeweiligen Beispielen im Fragebogen genügt es, **zu unterstreichen**, sofern diese zutreffen, ansonsten bitte mit eigenen Worten antworten. Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark) und wann das Symptom erstmals auftrat. (z.B. Kopfschmerz 7, 1994)

Was sind Ihre drei Hauptbeschwerden ?

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden vielleicht der Auslöser? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Hautausschläge, usw..)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Welche Therapeuten haben Sie zur Behandlung dieser Beschwerden seit wann etwa aufgesucht und welche Art der bisherigen Behandlung hat ihre Beschwerden gelindert?

.....

.....

.....

Welche Behandlungsart hatte bisher keinen oder wenig Erfolg?

.....

.....

Wann sind Sie warum in Kliniken behandelt worden? Operationen? (z.B Mandeln, Kieferhöhlen, Stirnhöhlen, Gallenblase, Blinddarm, Magen, Nieren)

.....

.....

.....

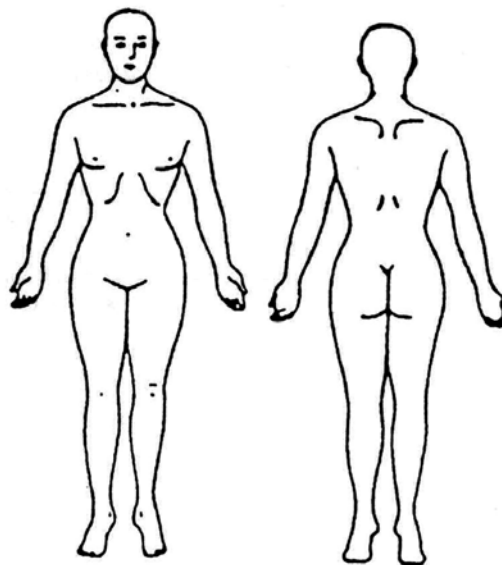
Leiden Sie unter rheumatischen oder sonstigen schmerzhaften Erkrankungen der Gelenke/Muskulatur/Weichteile?

Markieren Sie bitte mit X den Ort der Schmerzen und daneben die Stärke des Schmerzes auf der Skala von 1=leicht bis 10=extrem. Beschreiben Sie mit Ihren Worten die Schmerzqualität.

.....

.....

.....



Erkrankungen der Verdauungsorgane

Magen: z.B. Völlegefühl, Gastritis, Sodbrennen, Appetitlosigkeit, Blähbauch nach d. Essen,

.....

Leber: z.B. Entzündung, Alkohol wird schlechter vertragen als früher;

.....

Galle: z.B. Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit;

.....

Darm: z.B. Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarm-OP, Blähungen ja/nein, Geruch

.....

Stuhlgang: z.B. täglich, ca. jeden 2. / 3. / 4. /Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zu Verstopfung / Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich,
schmierig, geformt, wechselhaft, usw.

.....

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Gynäkologische Erkrankungen

Zyklusstörungen _____

Sterilität, unerfüllter Kinderwunsch _____

Schmerzhafte Periode _____

Langdauernde, starke Periodenblutungen _____

Brustschmerzen/ Zysten _____



Urologische Erkrankungen

Nieren _____

Blase _____

Prostata _____

Entzündungen _____

Steinleiden _____

Sonstige Hauterkrankungen, Haarausfall, Haut- und Genitalpilze

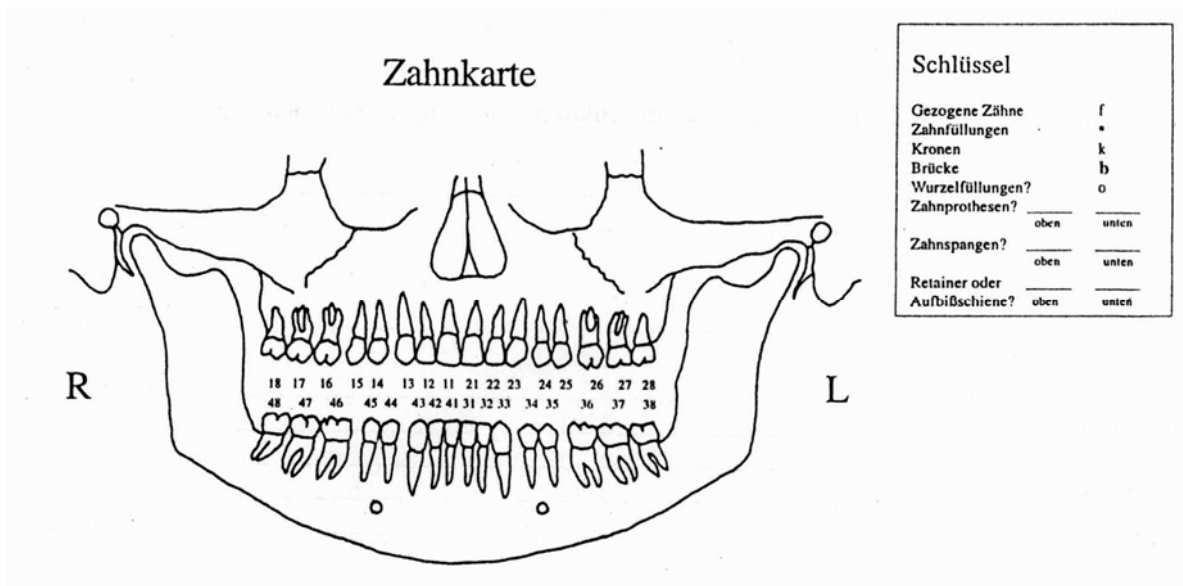
Lange Auslandsaufenthalte (z.B. Indien, Afrika, Südamerika)

Behandlungen auf Pilze, Parasiten, Darmsanierungen (wann, wie)

Schwangerschaften, Geburten, Abgänge, Einnahme der "Pille", Spirale

Kinder, Anzahl und Alter _____

Zahnärztliche Eingriffe (Wurzelkanalbehandlungen, Zahnextraktionen, Entfernung von Weisheitszähnen oder Amalgamfüllungen, Amalgamausleitungen, Zahnspangen, Implantate, siehe hierzu auch das Zahnschema)



Neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose, ALS, Störungen des Gehirns oder des motorischen oder sensorischen Nervensystems, psychische Erkrankungen, seit wann?)



Vegetative Störungen

(0=nie 1=wenig 6=extrem)

0 1 2 3 4 5 6

Erhöhte Temperatur	_____
Erhöhte Schweißneigung	_____
Nachtschweiß	_____
Leichte Erregbarkeit	_____
Allgemeine Nervosität	_____
Leichte Ermüdbarkeit	_____
Konzentrationschwäche	_____
Gedächtnisschwäche	_____
Schwindelzustände	_____
Wetterfühligkeit	_____

Kopfschmerzen (wo, einseitig, beidseitig, wann, wie oft, Periode-abhängig? Kennen Sie Auslöser? Was verbessert den Schmerz?)

.....

Herz-Kreislaufferkrankungen

Blutdruck: wann zuletzt gemessen?.....Ergebnis...../.....
 Hoher Blutdruck: seit:.....Blutdruck...../.....
 Niedriger Blutdruck: seit:.....Blutdruck...../.....
 Herzrhythmusstörungen: seit:.....
 Herzinfarkte: wann.....
 Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen, Krampfadern, Herzschmerzen/ Stechen, Druckgefühl, Beklemmungen, Bypass,
 Sonstiges:.....

Schlafstörungen (z.B. beim Einschlafen, Durchschlafen, vorzeitiges Erwachen gegen wieviel Uhr ?)

.....

Hormonale Störungen

z.B. an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Eierstöcke, Hoden, ,
 Hypophyse:.....

 Diabetes/ erhöhte Blutzuckerwerte?.....

Erkrankungen der Atemwege/der Lunge (Seit wann? Antibiotikabehandlung ja/nein?)

z.B. häufiger Husten, Bronchitis, Lungenentzündungen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Hals/Rachenentzündungen, Asthma, Allergien.....



Welche Infektionserkrankungen haben Sie durchgemacht? (Unterstreichen genügt)

Tetanus, HIB (Häm. Influenza B), Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Malaria, Pfeiffersches Drüsenfieber, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Gelbfieber, Typhus, Cholera, HPV, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Sonstige:.....

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika/ Cortison behandelt?

.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit.

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Malaria, Pfeiffer-Drüsenfieber, Diphtherie, HIB (Häm. Influenza B), Kinderlähmung (Polio), Gelbfieber, Typhus, Cholera, HPV, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Pocken, Grippe, Zecken (FSME), usw.

Sonstige:.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen?.....

Familiär gehäufte Erkrankungen (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depression, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Zuckerkrankheit, Nierensteine, Gallensteine, Rheumatismus, multiple Sklerose, usw.

Sonstige:.....

Sonstige Verletzungen

Unfälle, Kriegsverletzungen oder Knochenbrüche ohne Naht/ mit Narbenbildung

.....

Narben

(Wichtig! Bitte auch kleine Narben mit Jahreszahl der Entstehung eintragen, z.B. Muttermal- o. Zahnentfernung)

.....

.....

.....

.....

Schwere Infektionen / Krankheiten

.....

.....

Lange Abhängigkeiten (verschriebene Medikamente, Alkohol, Zigaretten, Drogen)

.....

.....

Einnahme von Antibiotika, Herzmitteln, Blutdruckmitteln, Cortison, Marcumar etc.

.....

.....

.....



Allergien, Unverträglichkeiten, Heuschnupfen etc., seit wann?.....
.....
.....
.....
.....

Allgemeine Verhaltensweisen

Rauchen nie ___ Extraucher ___ 1-10/Tag ___ 11-20/Tag ___ >30/Tag ___ Pfeife/Zigarre ___
Alkohol nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___ viel ___ das ist mein Problem ___
Drogen nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___ viel ___ das ist mein Problem ___
Sport nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___ viel ___

Welche Sportart/en _____

Arbeit

meine Arbeit empfinde ich als:

leicht ___ anstrengend ___ sehr anstrengend ___ extrem ___
angenehm ___ belastend ___ Mobbing ___

Ich arbeite _____ Std/Woche Ich mache _____ Wochen Urlaub/Jahr

Entspannung

erreiche ich z.B. durch: TV, Gespräche, Lesen, Meditation, Yoga, Sport,
sonstiges.....

Allgemeiner Status

immer häufig ab und zu selten nie

Haben Sie anhaltend Stress, Sorgen, Ängste?
Sind Sie nervlich oder geistig überlastet?
Können Sie sich entspannen?
Haben Sie seelische Tiefpunkte ?
Haben Sie Probleme mit Ihrem/r Partner/in?
Sind Sie mit sich und Ihrer Umwelt zufrieden?

Arbeiten Sie mit Lösungs-, Reinigungs- oder
Desinfektionsmitteln, Farben, Lacken ?
Sind Sie Schwermetallen, Industrie oder
Autoabgasen ausgesetzt?

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

Benutzen Sie ein Funktelefon oder DECT-Telefon?

Welche elektrischen Geräte befinden sich in Ihrem Schlafbereich?.....
.....

