



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)

.....

.....

.....

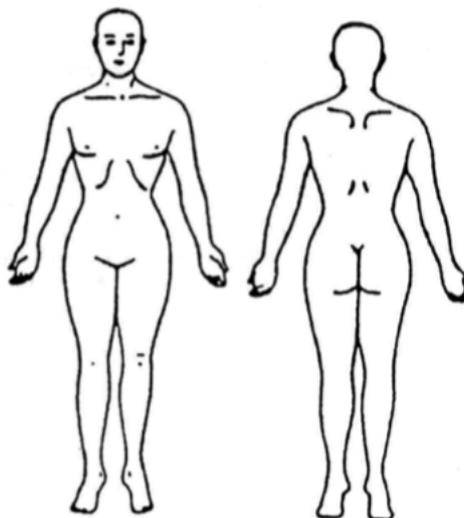
Leiden Sie unter rheumatischen oder sonstigen schmerzhaften Erkrankungen der Gelenke/ Muskulatur/Weichteile?

Markieren Sie bitte mit X den Ort der Schmerzen und daneben die Stärke des Schmerzes auf der Skala von 1=leicht bis10=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 _____

Hauterkrankungen, Haarausfall, Haut- und Genitalpilze

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

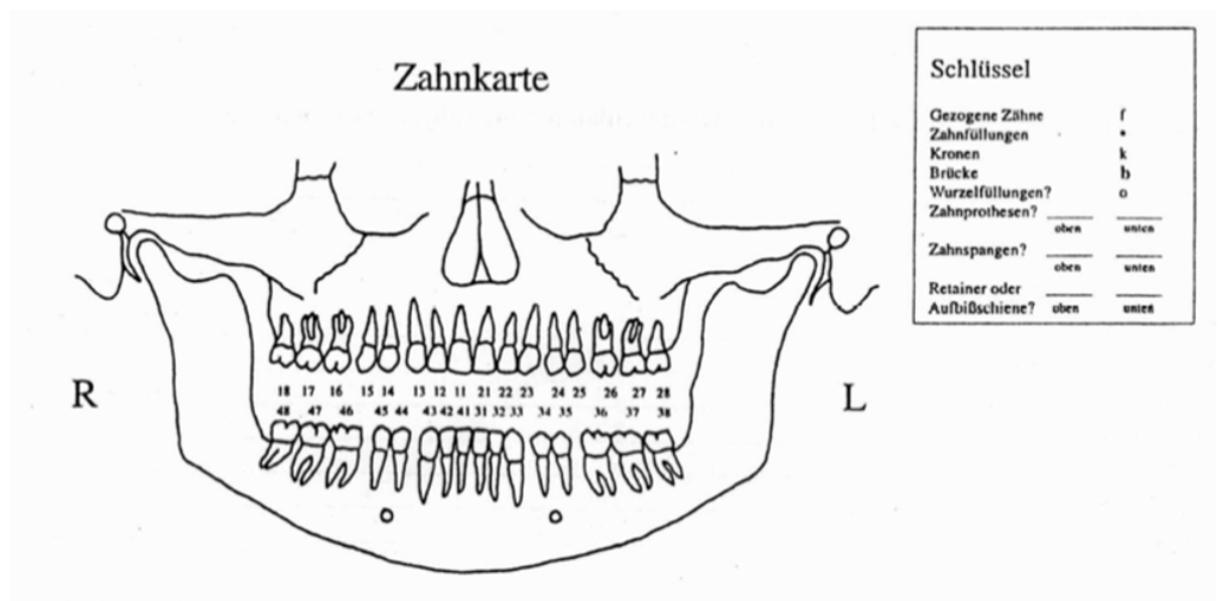
Behandlungen auf **Pilze, Parasiten, Darmsanierungen** (wann, wie)

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 1 2 3 4 5 6
(0=nie 1=wenig 6=extrem)

- 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...../.....
- Herzrythmusstörungen: 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,

.....
.....
.....
.....



Durchgemachte Erkrankungen, Impfungen	Ja	Nein	Weiß nicht	Geimpft
Masern	_____	_____	_____	_____
Mumps	_____	_____	_____	_____
Röteln	_____	_____	_____	_____
Keuchhusten	_____	_____	_____	_____
Pocken	_____	_____	_____	_____
Scharlach	_____	_____	_____	_____
Grippe	_____	_____	_____	_____
Hepatis A B	_____	_____	_____	_____
Gelbfieber	_____	_____	_____	_____
Diphtherie	_____	_____	_____	_____
Polio	_____	_____	_____	_____
HIB	_____	_____	_____	_____
Windpocken	_____	_____	_____	_____
Typhus	_____	_____	_____	_____
BCG (Tuberkulose)	_____	_____	_____	_____
COVID-19	_____	_____	_____	_____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Familiär gehäufte Erkrankungen:

Vater	_____
Mutter	_____
Geschwister	_____

Operationen	Ja	Jahr	Nein
Mandeln	_____	_____	_____
Kieferhöhlen	_____	_____	_____
Stirnhöhlen	_____	_____	_____
Ohren	_____	_____	_____
Gallenblase	_____	_____	_____
Blinddarm	_____	_____	_____
Magen	_____	_____	_____
Nieren	_____	_____	_____
Gebärmutter,Eierstöcke,Brust	_____	_____	_____

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___ Exraucher___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 durch Gespräche ___ Lesen ___ Meditation ___ Yoga ___ Sport

sonstiges _____

