

+ Anamnesebogen

Naturheilpraxis kraftvoll leben
Pflanzenmedizin & Naturheilkunde
ganzheitlich & individuell

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen den Fragebogen so genau wie möglich aus, auch wenn Ihnen die eine oder andere Frage unwichtig für Ihr Anliegen erscheint - es hilft, Ihre Behandlung genau auf Sie abzustimmen.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tätigkeit: _____

Tel. tagsüber: _____

Tel. abends: _____

E-Mail: _____

Geburtstag: _____

Familienstand + Kinder: _____

Blutgruppe: _____ Blutdruck: _____

Gewicht: _____ Körpergröße: _____

Privat-/Zusatzversicherung für Heilpraktikerkosten (welche):

Beihilfe: ja / nein

Anleitung

Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Was ist Ihr Wunsch an mich? Für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung?

1. _____

2. _____

3. _____

Was war unmittelbar (einige Tage bis wenige Wochen) **vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?** z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen in Beruf oder Privatleben, Hautausschläge, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlungen etc.

Womit bringen Sie Ihre Beschwerden in Verbindung?

Gibt es Befunde / Untersuchungen / Röntgenaufnahmen / bisherige oder parallele Behandlungen dieser Beschwerden? Welche?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit / regelmäßig ein? Dosierung?

Medikament bitte zum Ersttermin mitbringen (auch Nahrungsergänzungsmittel, Hormone etc.)

Essen Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Diäten? Welche?**Was und wie viel trinken Sie pro Tag?****Trinken Sie Alkohol? Was und wie viel?****Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?**

Nehmen Sie Drogen / Stimulantien? Was und wie viel?

Machen Sie Sport, wie oft, welche Sportart üben Sie aus?

Wie viele Stunden schlafen Sie? Wann gehen Sie normalerweise zu Bett, wann stehen Sie auf?

Wie ist Ihr Schlaf? Leiden Sie an Schlaflosigkeit, häufigem Erwachen (Uhrzeit), Einschlafstörungen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, heiße/schwitzige Füße, Zähneknirschen?

Schlafen Sie tief und schlafen Sie durch?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? z.B. Pollen (wann), Medikamente, Nahrungsmittel, Sonstiges

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie bekommen (Datum)? Bitte Impfausweis mitbringen.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose. Andere Infektionskrankheiten?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhaupt, morgens, abends;
halbseitig - links - rechts – beidseitig

Haben oder hatten Sie Beschwerden / Erkrankungen / Verletzungen? Welche Bereiche des Körpers? Bitte geben Sie auch an wann und woran Sie operiert worden sind.

Haare: Haarausfall, kreisrund, vereinzelt, seit wann _____

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration
usw.

Ohren (links / rechts): Tinnitus seit _____, Schwerhörigkeit seit _____
Entzündungen seit _____

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,
verstopft

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Medikamente

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

Lunge / Atemwege: Entzündung, Bronchitis, häufiger Husten, Asthma

Leber: Entzündung, Hepatitis

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

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen, unverträgliche
Speisen

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Geruch

Stuhlgang: Wie häufig? täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall

Konsistenz? z.B. schnittfest, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

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

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte / heiße Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken/ Wirbelsäule: Verletzungen, Hexenschuß, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Operationen

Haut/Nägel: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig, reißen ein

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben (auch kleine)? Wo?

Piercings, Tätowierungen etc.? Wo befinden sich diese?

Brust: Zysten, Tumore, Spannungsschmerz, Mastitis etc.

Unterleib / Geschlechtsorgane Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.

Menstruation: In welchem Alter war die erste Menses? _____ Beschwerden vor / nach / während der Regel. Bitte Beschwerden kurz beschreiben.

Klimakterische Beschwerden? Bitte Beschwerden beschreiben. In welchem Alter war die letzte Menstruation? _____

Penis, Prostata: Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen, Infektionen, Sonstiges

Benutzen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Niere/Blase: Nierensteine, Entzündungen, wie häufig?

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

Sexualität z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, schmerzhaft

Gehirn: Schlaganfall, Krampfleiden (Epilepsie)

Psyche / Nervensystem: Nervenzusammenbruch, Depressionen, Burnout

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister? z.B. Krebs, Tuberkulose, Psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

(wer/wann/was?)

Geschwister:

Eltern:

Großeltern:

Urgroßeltern:

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit emotionalem Stress, Ihrer Alltagssituation und Lebensumständen

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie eine Partnerin, einen Partner? Wie zufrieden sind Sie mit der Situation?

Wie würden Sie Ihre sozialen Kontakte beschreiben? (z.B. gut, gesellig, lieber alleine, fühle mich isoliert, gut eingebunden, unzufrieden)

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?

Gab oder gibt es Stress im Berufsleben / Ausbildung / Studium (auch durch Arbeitslosigkeit, Mobbing etc.)

Gab es frühe oder plötzliche Todesfälle oder Selbsttötungen in der Familie oder im engeren Umfeld?

Häusliches Umfeld: Wie ist Ihre Wohnsituation? z.B. alleine / Familie / WG, laut/ ruhig, zu eng, Hauptverkehrsstraße, fühle mich wohl /nicht wohl etc.

Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten (z.B. zu Hause, Arbeit, Wochenendhaus) Belastungen durch Schimmel, Lärm, Abgase, Rauch, Chemikalien, Ausdünstungen, Elektrosmog?

Haben Sie ergänzende Anmerkungen, die für Sie wichtig sind?

Chronologie Ihrer Krankengeschichte:

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

Chronologie der wichtigsten Ereignisse:

Bitte geben Sie stichwortartig und mit Jahreszahl alle wichtigen Ereignisse in Ihrem Leben an (von Umzug bis Trennung, Beziehungsbeginn, Todesfälle, Geburten, Arbeitswechsel, Schulwechsel, alles was Sie als einschneidend empfunden haben).

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Beate Wagner