

Naturheilpraxis

Anamnese – Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Geburtstag: _____

Wohnort: _____ Geburtsort: _____

Tel.: _____ Datum: _____

Ich bitte Sie, die Fragen möglichst genau zu beantworten.
Trifft ein Beispiel zu, genügt es, dieses zu unterstreichen.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Gab es ein Ereignis unmittelbar vor Ihren jetzigen Beschwerden?

z.B. Ärger, Kummer, Sorge, Angst, Erkrankung, Operation usw.

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Rheuma, Gicht, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte, Diabetes, Gallensteine, Blasensteine, Nierensteine, Krebs, Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente), Selbsttötung, Geschlechtskrankheiten, Alzheimer, Herzerkrankungen, Magen – Darmprobleme, Lungenkrankheiten, Epilepsie, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Übergewicht, Gefäßerkrankungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Scharlach, Windpocken, Mumps, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Malaria, Salmonellen, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tuberkulose, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten usw.

Wogegen wurden Sie geimpft?

Pocken, Hepatitis, Polio (Kinderlähmung), Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Tuberkulose (BCG), Cholera, Haemophilus influenzae (HIB), Gelbfieber usw.

Gab es Reaktionen auf die Impfung, wie z.B. Schwellung, Rötung, Unruhe, Hautjucken, Schmerzen, Fieber u.a.

Kopf

Haben Sie Kopfschmerzen?

Selten, häufig, morgens, tagsüber, abends, halb – beidseitig, usw.

Auslöser?

Augen

weitsichtig, kurzsichtig, Bindehautentzündungen, sonstige Beschwerden

Ohren

Mittelohrentzündungen, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Geräusche, empfindliche Ohren z.B. bei Wind

Nasen – Rachen

Sind Sie oft erkältet? Dabei Fieber?

Polypen, häufige Nasennebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten, behinderte Nasenatmung, Mandelentzündungen, Operationen, Sekretgefühl im Rachen, Kehlkopfentzündungen

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber?

Zähne – Mund

Haben Sie häufig Beschwerden mit den Zähnen?

Füllungen, Brücken, Kronen, Entzündungen des Zahnfleisches, Paradontose, Zahnempfindlichkeit auf heiß/ kalt, tote Zähne, wurzelbehandelte Zähne

Haben Sie ein Knackern im Kiefer? ja nein

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Schilddrüse

Über – oder Unterfunktion, Vergrößerung, Operationen, Druck – oder Kloßgefühl

Allgemeinzustand

Leistungsschwach, müde, Konzentrationsstörungen, Unlust, reizbar..

Wie hoch würden Sie Ihr tägliches Energieniveau auf einer Scala von 1- 10 einschätzen, wenn 10 sehr hoch ist?

Auf welchem Niveau würden Sie sich wohl fühlen?

Stimmung

Ausgeglichen, fröhlich, traurig, depressiv usw.

Obere Extremitäten

Durchblutungsstörungen, Kribbeln, Ameisenlaufen, kalte Hände, Entzündungen, Gelenkschmerzen, Tennisellenbogen, Verletzungen usw.

Magen

Sodbrennen, Völlegefühl, Druck, Appetitlosigkeit, Entzündungen, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Beschwerden vor/nach dem Essen?

Darm

Entzündungen, Blähungen, Darminfektionen, Hämorrhoiden, Blut im Stuhl, Krämpfe, Blinddarmentzündungen, Operationen, Afterjucken u.a.

Stuhlgang

Täglich, jeden ___ Tag, morgens, abends, normal, Verstopfung, Durchfall, hell, dunkel, breiig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, bleistiftdünn, dünn, explosionsartig, wässrig, schmerzhaft, Drang ohne Erfolg, nicht halten können, Gefühl nicht fertig zu sein u.a.

Leber – Galle

Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Gallensteine, Gallenblasenentzündungen, Leberentzündungen, Gelbsucht u.a.

Herz

Druckgefühl, stechen, Schmerz im linken Arm/Hand, Beklemmungsgefühl, Infarkt, Angina Pectoris etc.

Lunge

Asthma, häufige Erkältungen, die sofort auf die Bronchien schlagen, Husten, Bronchitis, Schmerzen beim Atmen, Auswurf zäh, blutig, schaumig, Luftnot

Niere – Blase

Schmerzen in der Nierengegend, Nierensteine, Entzündungen, wie oft?

Harn

Viel, wenig, normal, übelriechend, schmerzhaft, kann nicht halten, wie gegen erschwerten Widerstand usw.

Gynäkolog.

Ausfluß, Eierstockentzündung, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Dammriß, Damмнаht, Wechseljahrsbeschwerden etc.

Menses

Regelmäßig, unregelmäßig, stark, kurz, schwach, dunkel, klumpig, schmerzhaft, Wechseljahrsbeschwerden

Wann war die 1. Regelblutung?

Wann war die letzte Regelblutung?

Sind Sie schwanger?

Prostata

Vergrößerung, regelmäßige Untersuchungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, "Nachträufeln", Entzündungen usw.

Haut – Haare – Nägel

Narben, Ausschlag, Allergien, Pilze, Warzen, Neurodermitis, Geschwüre, Akne, Schuppenflechte, Nagelbettentzündung, Verbrennungen, Haarausfall, Akne, Haut trocken, fettig, leicht/schwer schwitzen, Geruch? etc.

Untere Extremitäten

Schmerzen, Operationen, Krämpfe nachts, Venenentzündung, Besenreiser, schwere Beine, kalte Füße, Krampfadern, Durchblutungsstörungen usw.

Rücken

Verspannungen, Ischias, Hexenschuss, Wirbelsäulenveränderungen etc.

Schlaf

Schlaflos, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, morgens wie zerschlagen erwachen, kalte Füße im Bett, sprechen im Schlaf, Nachtschweiß, Albträume usw.

Wie ist Ihr Appetit? Normal, gut, Heißhunger auf ...

Abneigung/ Verlangen nach Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränke

Geschmack normal, süß, sauer, salzig, metallisch

Wie viel trinken Sie am Tag? ____ Liter

Rauchen Sie?

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen zu sich? Welche?

Haben Sie schon einmal Antibiotika verschrieben bekommen?

Falls ja, welches wurde eingesetzt?