

Anamnese - Fragebogen

Indre Harkensee * Von-der-Tann-Str 1 * 20259 Hamburg

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____ FAX _____

Beruf _____ E-Mail _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Familienstand/Kinder _____

Versicherung: ☐ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) ☐ Beihilfe/Post ☐ Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was möchten Sie mit einer naturheilkundlichen Behandlung erreichen, 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, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

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

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, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es Allergien?

Pollen/Tierhaare usw. / wann

.....
Nahrungsmittel

.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
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 / wann
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein / wann

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, riecht
nach.....

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**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.....

Zykluslänge.....

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.....

Sexualität

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines _____

Mein aktuelles Körpergewicht **Meine Körpergröße**

.....

Meine Blutgruppe **Mein Blutdruck**

Trinken Sie Alkohol?

Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

.....

Wieviel 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, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

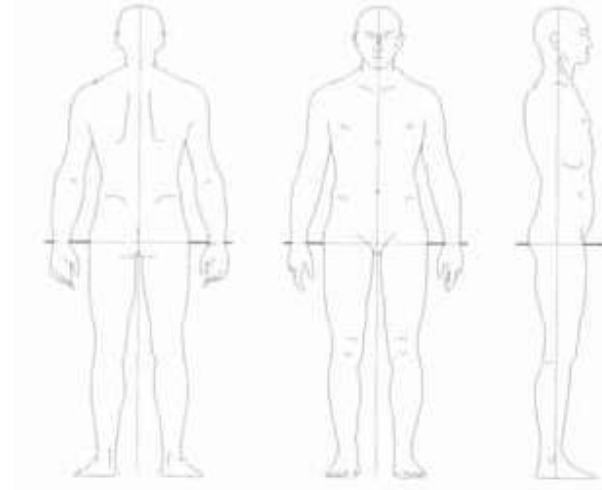
Schlafzeit

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?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

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