



# 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: O Gesetzlich (AOK, DAK usw.) O Beihilfe/Post O 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 / rechts .....Tinnitus 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

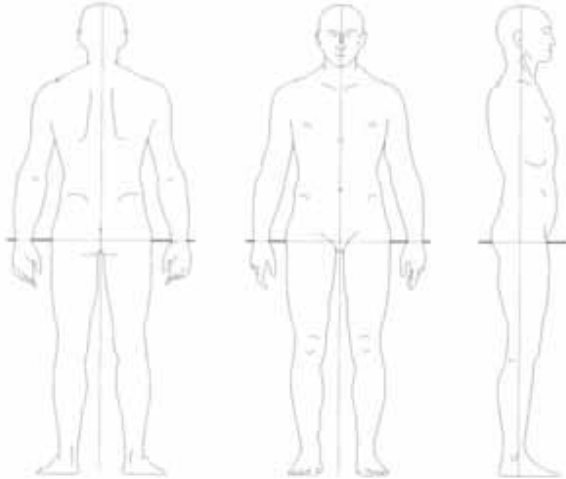
**Schlafzeit**

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.