

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

um Sie bestmöglich behandeln zu können, ist es notwendig, sich einen Überblick über Ihre Person, Gesundheit und Ihre Lebensumstände zu machen. Deshalb möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst detailliert auszufüllen und gern vor dem Termin per E-Mail oder postalisch an die oben stehende Adresse zu schicken. Andernfalls bringen Sie den Anamnesebogen bitte zur Untersuchung mit. Bitte bringen Sie, wenn vorhanden, auch schriftliche Befunde zu aktuellen Erkrankungen und Blutbilder sowie Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen, mit.

Ihre Naturheilpraxis Nicole Sänger

A: Allgemeine Angaben

Vorname _____ Nachname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Email _____

Beruf _____

Name der Versicherung _____

B: Beschreibung der gesundheitlichen Situation

(Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde(n), wegen der Sie die Praxis aufsuchen)

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Wie ist der Schmerzcharakter (hell, dumpf, akut, chronisch etc.)?

In/Zu welchen Situationen / Tageszeiten treten die Beschwerden auf?

Wodurch treten sie auf?

Welche Therapien - schulmedizinisch oder naturheilkundlich - wurden zu den aktuellen Beschwerden bereits durchgeführt?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

nie selten häufig

wenn ja, wo und wann:

Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptregion
 halbseitig links halbseitig rechts doppelseitig
 wandernd von links nach rechts wandernd von rechts nach links
 morgens abends

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert die Beschwerden? _____

Was verschlimmert die Beschwerden? _____

Haare:

Haarausfall kreisrunder vereinzelter seit wann: _____

Augen:

Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig

Brille seit: _____ sonstige Beschwerden _____

Ohren:

schwerhörig Schmerzen links Schmerzen rechts beidseitig
 Ohrendruck Ohrengeräusche Mittelohrentzündungen

Nase:

Operationen Heuschnupfen
 häufige Nasennebenhöhlenentzündungen
 behinderte Nasenatmung Nase verstopft

Absonderungen:

wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln:

Operation häufig Entzündungen

Zeitpunkt der Beschwerden:

als Kind als Erwachsener gegenwärtig

Schilddrüse:

Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust-Bauch-Rücken

Brustdrüse:

Beschwerden Operation

Herz:

Beschwerden Beklemmung Druckgefühl Stechen
 Infarkt Rhythmusstörungen

Lunge:

häufig Husten Bronchitis Atemnot

Leber:

Entzündungen Hepatitis

Galle:

- Steine Koliken Operation
 Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen:

- Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit
 Nahrungsmittelallergien

Rücken:

- Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose

Niere/Blase:

- Nierensteine Entzündungen Häufigkeit: _____

Harn:

- viel wenig häufig kann nicht halten

- Geruch nach: _____

Darm:

- Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperation

- Blähungen Geruch nach: _____

Stuhlgang:

- täglich jeden 2. Tag unregelmäßig
 häufig Verstopfung Neigung zum Durchfall
 kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

- Geruch nach: _____

Konsistenz des Stuhls:

- hell dunkel übelriechend hart
 knollig weich schmierig pastenartig

Arme-Beine-Rücken-Bauch

Arme:

- Verletzungen Schmerzen Kribbeln
 Kalte Hände Tennisellenbogen

Beine:

- Schmerzen Krampfadern Operationen
 Verletzungen Kalte Füße Kribbeln
 Taubheitsgefühl

Rücken:

- Beweglichkeit Verspannungen Rheuma Belastungen

Haut/Nägel:

- Verbrennungen Narben Warzen Pilze
 Hautjucken Geschwüre eingewachsene Nägel
 Nagelbettentzündung

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch:

Ausfluss:

- keinen stark weiß gelb färbt die Wäsche
 Eierstockentzündung wundmachend Schmerzen
 Ausschabungen Fehlgeburten
 Abtreibungen Tumore Zysten Myome
 Geschlechtskrankheiten Geburten/wie Viele: _____

Menses:

Wann war die erste Menses: _____

Blutungen:

- hell dunkel klumpig braun
 unregelmäßig regelmäßig

Prostata:

- vergrößert Entzündungen
 Geschlechtskrankheiten Beschwerden beim Wasserlassen

Sexualität :

- vermindert verstärkt unbefriedigt
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Erkrankungen:

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Masern Windpocken Röteln
 Mumps Scharlach _____

Gab es bereits Operationen? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Blinddarm
 Mandeln
 Sonstiges _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Milben Tierhaare Lidocain

- Penicillin Hausstaub Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
 Pollen Heuschnupfen Metalle

Nahrungsmittel, bitte nennen: _____

Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

Welche Erkrankungen traten bereits in Ihrer Familie auf?

- Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung
 Herzinfarkt Asthma Lungenerkrankung
 Erbkrankheiten Krebs

Sonstige _____

Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- Asthma Tumorerkrankung Fettstoffwechselstörung
 Diabetes Hautkrankheit Lebererkrankung
 Rheuma Bluthochdruck Magenerkrankung
 Depression Herzerkrankungen Nierenerkrankung
 Gicht Schilddrüsenerkrankung Gallensteine
 Sonstige Erkrankungen

Gibt es regelmäßige Verdauungsprobleme? Wenn ja, bitte folgendes ankreuzen:

- Verstopfung Blähungen Völlegefühl nach dem Essen
 Sodbrennen Aufstoßen Hämorrhoiden
 Gastritis Durchfall Heliobakter Pylori
 Magengeschwür Appetitlosigkeit

Zahngesundheit:

- häufige Zahnarztbesuche wurzelbehandelte Zähne
 unregelmäßige Zahnarztbesuche erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Empfindliche Zähne heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan
 Kunststoff Keramik Palladium

Anzahl der Schwangerschaften _____ Anzahl der Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung: regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

C: Zu Ihrer Person /Ernährung

Größe _____ cm Körpergewicht _____ kg

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Wenn ja, welchen: _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Wie viel **nicht**-alkoholische Getränke trinken Sie pro Tag und was?

- | | | | |
|---------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Wasser | _____ Liter | <input type="checkbox"/> Saft | _____ Liter |
| <input type="checkbox"/> Kaffee | _____ Liter | <input type="checkbox"/> Softdrinks | _____ Liter |
| <input type="checkbox"/> Tee | _____ Liter | <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ Liter |

Wie viele alkoholische Getränke nehmen Sie durchschnittlich am Tag zu sich?

Sorte: _____ Menge: _____

Sorte: _____ Menge: _____

Was essen Sie am liebsten?

Gegen welche Nahrungsmittel haben Sie eine Abneigung?

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

Welche Nahrungsergänzungsmittel und Medikamente nehmen Sie ein?

D: Fragen zum Umfeld

Haben Sie Freunde? ja nein

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? ja nein

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

(z.B. beengt/geräumig, Wohngemeinschaft, Mehrgenerationenhaushalt etc.)

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? ja nein

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

ja nein Wenn ja, bitte angeben:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?

ja nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

ja nein

Ist Ihr Schlaf erholsam?

ja nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

ja nein Wenn ja, wie lange liegen Sie wach? _____

Haben Sie große Sorgen? Sind Sie nervös?

ja nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?

ja nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

ja nein

Möchten Sie noch etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Mühe!