

naturheilpraxis-marienplatz

Schäfflerstrasse 5 80333 München

Fragebogen zur naturheilkundlichen Anamnese

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen.

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.:

e-mail:

Geburtstag:

Hausarzt:

Versicherung:

Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis?

Aufgrund von Beschwerden Zur Vorsorge

Wie äußern sich Ihre Beschwerden?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen, kennzeichnen Sie es mit einem“?”.

Augenprobleme

tränende Augen

trockene Augen

angestrengte Augen

Sonstiges _____

Ohrenprobleme

schlechtes Gehör

häufig Ohrenscherzen

Ohrenklingeln

Gehörsturz

Sonstiges _____

Mund

Mundgeschwüre

Aphten

kein Geschmackssinn

kein Geruchssinn

Mundgeruch

Sonstiges _____

Hals

häufig Halsschmerzen

Mandelentzündungen

Mandeln entfernt

trockener Hals

Schluckbeschwerden

Sonstiges _____

Haut

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht | <input type="checkbox"/> Ausschlag | <input type="checkbox"/> Geschwür |
| <input type="checkbox"/> Ekzem | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Körpertemperatur

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> oft heiß | <input type="checkbox"/> oft kalt | <input type="checkbox"/> zuviel Schweiß |
| <input type="checkbox"/> zuwenig Schweiß | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> kalter Schweiß |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Lungen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> schwere Atmung |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> feste Brust | <input type="checkbox"/> chronisches Husten |
| <input type="checkbox"/> verschleimt | <input type="checkbox"/> Husten mit Blut | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> häufig Erkältungen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung/Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündungen | <input type="checkbox"/> Nase läuft ständig | <input type="checkbox"/> häufiges Niesen |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Herz

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Herzflattern | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |

Kreislauf

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> kalte Hände | <input type="checkbox"/> kalte Füße | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Prickeln in Armen/Beinen | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Verdauung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> kein Appetit |
| <input type="checkbox"/> übermäßiger Appetit | <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Hiatushernie |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Darm

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> loser Stuhl | <input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Enddarm brennen/jucken | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | <input type="checkbox"/> Dickdarmentzündung |
| <input type="checkbox"/> täglich Stuhlgang | <input type="checkbox"/> mehr als zweimal pro Tag | <input type="checkbox"/> Crohn-Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Reizkolon | <input type="checkbox"/> Divertikelentzündung | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Wasserlassen

- | | | |
|--|--|--|
| ____mal pro Tag | <input type="checkbox"/> angeschwollene Fußknöchel | <input type="checkbox"/> Niereninfektion |
| <input type="checkbox"/> brennend/ schmerzhaft | <input type="checkbox"/> angeschwollenes Gesicht | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> zu häufig | <input type="checkbox"/> angeschwollene Hände | <input type="checkbox"/> häufig in der Nacht |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfektion | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Männer

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Scrotum Schmerz | <input type="checkbox"/> Impotenz |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Frauen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Scheidenjuckreiz | <input type="checkbox"/> Kandidainfektion | <input type="checkbox"/> Brustzyste |
| <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Ovarzyste | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit | <input type="checkbox"/> Uterus fibrozystom | <input type="checkbox"/> PMS |
| <input type="checkbox"/> Hormontherapie | <input type="checkbox"/> Pille | <input type="checkbox"/> Hysterektomie |
| <input type="checkbox"/> Anzahl der Schwangerschaften _____ | <input type="checkbox"/> Anzahl der Fehlgeburten _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Menstruationszyklus

Ich bin

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> vor den Wechseljahren | <input type="checkbox"/> in den Wechseljahren | <input type="checkbox"/> nach den Wechseljahren |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> Zykluslänge _____ | <input type="checkbox"/> Dauer der Blutung _____ |
| <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch | <input type="checkbox"/> schwere Blutungen | <input type="checkbox"/> leichte Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Brustspannen | <input type="checkbox"/> emotionale Schwankungen |

neurologische Probleme

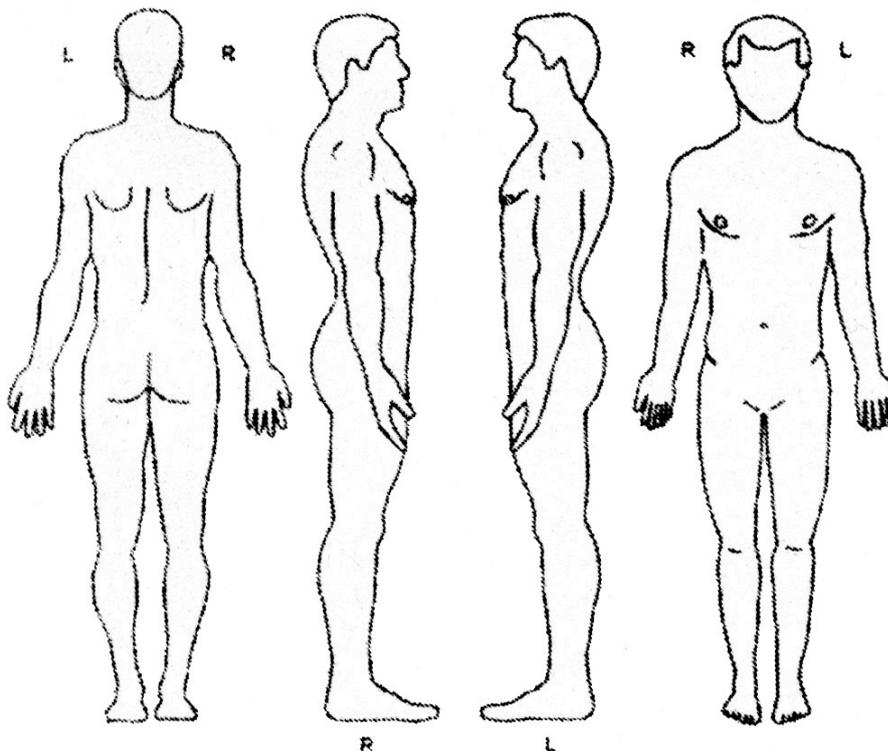
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle | <input type="checkbox"/> Muskelzucken allgemein |
| <input type="checkbox"/> Muskel-Gesichtszucken | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lähmung |
| <input type="checkbox"/> Sprachschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Sehvermögen eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Muskeln

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> fest / angespannt | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe
Wo? _____ | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche
Wo? _____ |
|--|---|--|

Schmerz

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> oberer Rücken | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Arm |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> mittlerer Rücken | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Hand |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellungen | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelbereich | <input type="checkbox"/> Schmerzen im Ellenbogen |
| <input type="checkbox"/> Gelenksteifheit | <input type="checkbox"/> Hüftschmerzen | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Fußknöchel/-gelenk | <input type="checkbox"/> Kieferprobleme |
| <input type="checkbox"/> Neuralgie | <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Beinschmerzen |
| <input type="checkbox"/> häufig gebrochene Knochen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |



Denken

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Gedächtnis | <input type="checkbox"/> vergesslich | <input type="checkbox"/> neblig im Gehirn |
| <input type="checkbox"/> schwierig klar zu denken | <input type="checkbox"/> Schwierigkeit,
Entscheidungen
zu treffen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Schlafen

- schlechtes Einschlafen
- Schwierigkeit wieder einzuschlafen
- Alpträume
- leichtes Aufwachen
- Unruhe am Morgen
- Sonstiges _____
- schlechtes Durchschlafen
- unangenehme Träume

Emotionen

- oft ärgerlich
- furchtsam / schreckhaft
- Sonstiges _____
- leicht reizbar
- launisch
- häufig Angst
- depressiv

Verschiedenes

- leichte Blutergüsse
- Nasenbluten
- oft krank
- Operationen
- Krampfadern
- langsames heilen
- Hyperaktiv Welche?
- blutet leicht
- häufig Knochenbrüche
- Sonstiges _____ Narben?

Infektionskrankheiten

- Borreliose
- herpes
- Sonstiges _____
- Eppstein-Barr-Virus
- Pilz-Infektion (Candida)
- Hepatitis
- Kinderkrankheiten Welche?

Auslandsaufenthalte (z.B. Indien, Afrika, Südamerika)

Haben Sie bei folgenden Allergenen eine allergische Reaktion?

<u>Allergen</u>	<u>Art der Reaktion</u>
Lebensmittel	_____
Blütenstaub/Pollen	_____
Staub	_____
Chemikalien	_____
Parfüm	_____
Medikamente	_____
Latex	_____
Pilze	_____
Tiere	_____
Insekten	_____
Rauch	_____
Impfungen	_____ Welche Impfungen?

Umweltsubstanzen (z.B. Sonnenstrahlung, Abgase usw.)

Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig!

Name des Medikamentes Einnahme seit _____

Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

Haben Sie jemals eine sehr schwerwiegende allergische Reaktion gehabt (z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock?)

Gegen was? _____

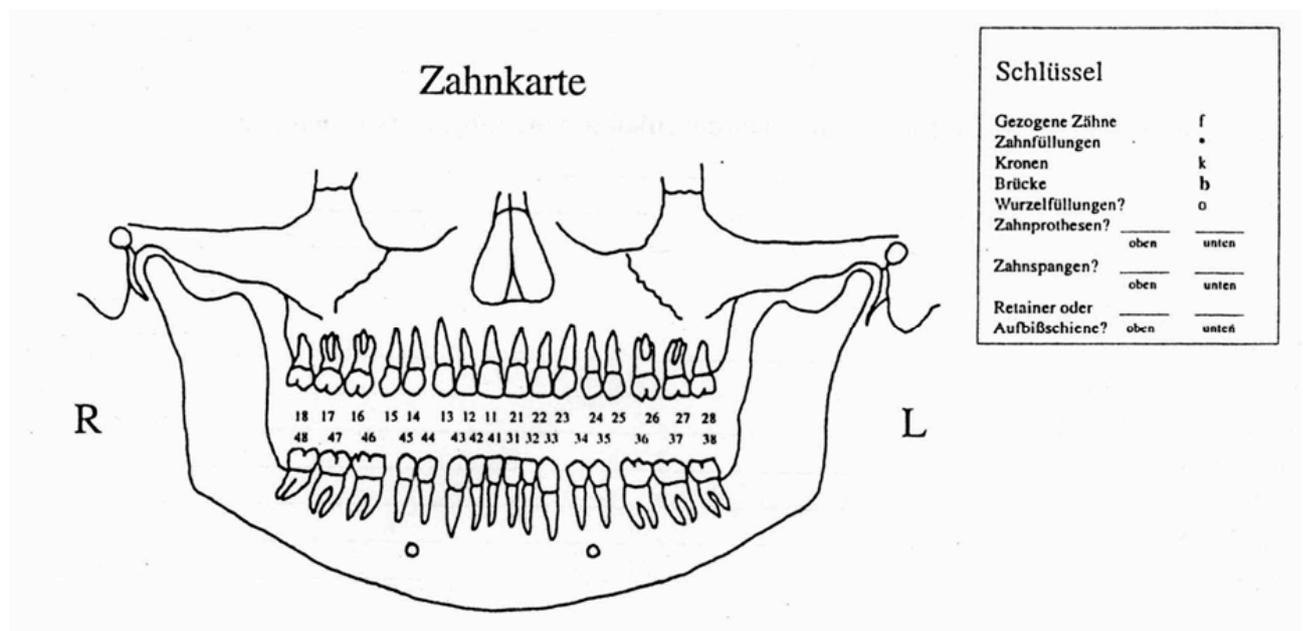
Art der Reaktion _____

Haben Sie jemals eine schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. ein Trauma oder einen Schock gehabt?

Haben Sie jemals eine der folgenden Belastungen gehabt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutarmut | <input type="checkbox"/> hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit | <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Hernie/Leistenbruch | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Amalgam-Füllungen
Entfernung?
Ausleitung? | |

Zahnärztliche Eingriffe (Wurzelkanalbehandlungen, Zahnextraktionen, Entfernung von Weisheitszähnen oder Amalgamfüllungen, Amalgamausleitungen, Zahnspangen, Implantate, siehe hierzu auch das Zahnschema)



Allgemeine Verhaltensweisen

Rauchen nie___ Exraucher___ 1-10/Tag___ 11-20/Tag___ >30/Tag___ Pfeife/Zigarre___

Alkohol nie___ selten___ gelegentlich___ regelmäßig___ viel___ das ist mein Problem___

Drogen nie___ selten___ gelegentlich___ regelmäßig___ viel___ das ist mein Problem___

Sport nie___ selten___ gelegentlich___ regelmäßig___ viel___

Welche

Sportart/en _____

Arbeit

meine Arbeit empfinde ich als:

leicht __ anstrengend __ sehr anstrengend __ extrem __

angenehm __ belastend __ Mobbing __

Ich arbeite _____ Std/Woche Ich mache _____ Wochen Urlaub/Jahr

Entspannung

erreiche ich z.B. durch: TV, Gespräche, Lesen, Meditation, Yoga, Sport,

sonstiges.....

Unterschrift

Familiär gehäufte Erkrankungen (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depression, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Zuckerkrankheit, Nierensteine, Gallensteine, Rheumatismus, Multiple Sklerose, usw.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

Bitte beachten Sie:

Wir behandeln im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet, eine

Erstverschlimmerung ist möglich.

Sie sind bei uns in Behandlung eines Heilpraktikers. Wir rechnen nach der

Gebühren-Verordnung für Heilpraktiker ab.

Für Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse geben wir keine Gewähr.

Eine Behandlungseinheit dauert ca.45 Minuten. Die Bezahlung ist auch am

Behandlungstag möglich.

Wir freuen uns, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen

Ort, Datum

Unterschrift