

Fragebogen zur naturheilkundlichen Anamnese

Sehr geehrte Patienten, bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Schlafen Sie gerne einmal darüber und bearbeiten Sie ihn ein zweites Mal. Sie werden überrascht sein, was Ihnen noch alles einfallen wird. Für uns ist die genaue Beantwortung dieser Fragen eine wichtige Hilfe bei Ihrer Behandlung.

Anleitung: Bei den jeweiligen Beispielen im Fragebogen genügt es, zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten bitte mit eigenen Worten antworten:

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen bei Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis mit.

Name:

Größe:

Vorname:

Gewicht:

Geburtstag:

Blutgruppe:

Beruf:

Datum:

Was sind Ihre drei Hauptbeschwerden?

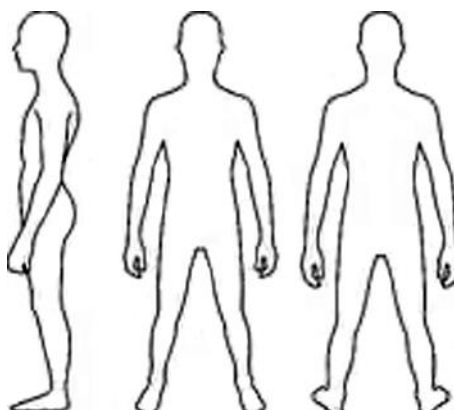
(was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden vielleicht der Auslöser? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Hautausschläge, Impfung, Reise.)

1. _____
2. _____
3. _____

Welche Therapien haben Sie bisher zur Behandlung dieser Beschwerden durchgeführt? Welche Therapieform hat geholfen, welche nicht?

Leiden Sie unter schmerzhaften Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Weichteile?

(Bandscheibenvorfall, Skoliose, Gelenkrheuma, Arthrose, Arthritis, Gicht, Fibromyalgie, Muskelschwäche). Markieren Sie bitte mit X den Ort der Schmerzen. Beschreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten die Schmerzqualität.



Erkrankungen nach dem Kopf zu Fuß Schema

Kopfschmerzen: (wo, einseitig, rechts/links, beidseitig, wann, wie oft, periodisch? Kennen Sie Auslöser? Was bessert, was verschlechtert? Schmerzcharakter: drückend, stechend, bohrend, etc...)

Kopf: Beschwerden der Kopfhaut (Jucken, Ekzeme, Schuppen, usw.), Haarausfall, Alopezie

Augen: Bindehautentzündung, Augendruck, trockene Augen, Star, Glaukom, Brille, Kontaktlinsen

Nase: Stock- oder Fließschnupfen, trockene Schleimhäute, Nasennebenhöhlenentzündung, Polypen

Ohren: Entzündungen äußeres Ohr, Mittelohr re./li. , Ohrgeräusche re./li., Tinnitus, Hörsturz (wann)

Mund: eingerissene Mundwinkel, Aphten, Zahnfleischentzündungen, Parodontose, belegte Zunge

Zähne/zahnärztliche Eingriffe: Wurzelkanalfüllungen und -stifte, Amalgamfüllungen (noch vorhanden, wann entfernt?), Amalgamausleitung, Zahnspange, Bionator, Invisalign, Implantate (Titan, Keramik), Kunststofffüllungen, Keramikeinlagefüllungen (Inlays), Entfernung von Zähnen oder der Weisheitszähne? Zahnersatz: Kronen, Brücken, Prothesen (aus welchem Material)

Hals und Kehlkopf: Mandelentzündung, Mandelsteine, Rachenentzündung, Halskratzen, Halsverschleimungen, Kehlkopfentzündung, Heiserkeit, Räusperzwang, Stimmbandknötchen,-polypen, Kloßgefühl, Druckgefühl im Hals

Erkrankungen der Atemwege/der Lunge: häufiger Husten, Bronchitis, Lungenentzündungen, allergisches Asthma, Belastungsasthma, Kurzatmigkeit, Atemnot, Keuchhusten, Lungenemphysem

Herz-Kreislauf: angeborene Herzfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Herzschmerzen/-stechen, /-rasen, Druckgefühl, Beklemmungen, Herzinfarkt Bypass, Herzschwäche, Schlaganfall, Embolie, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Venenentzündungen, Krampfadern, Ohnmachten oder Kreislaufkollaps (z.B. nach Spritzen)

Hoher Blutdruck: seit: _____ Blutdruck: _____

Niedriger Blutdruck: seit: _____ Blutdruck: _____

Verdauungsorgane

Magen: Magenschmerzen, Magengeschwür, Gastritis, Helicobacter pylori, Übelkeit/Brechreiz, Völlegefühl, Sodbrennen, saures Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Heißhunger, kein Sättigungsgefühl, Essstörungen (Bulimie, Magersucht)

Leber: Entzündung, Fettstoffwechselstörung, Alkohol wird schlecht vertragen, Hepatitis A, B, C, D

Galle: Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Galle entfernt

Bauchspeicheldrüse: Entzündung, Insuffizienz (Schwäche), Fettstühle, stinkige Durchfälle

Darm: Bauchschmerzen, Koliken, Blähungen, Reizdarm, Infektionen (z.B. Rotavirus, Pilze, Parasiten), Entzündungen (Colitis ulcerosa, Morbus Chron), Darmpolypen, Divertikel, Hämorrhoiden, Analfissuren, Abszesse oder Fisteln

Stuhlgang: regelmäßig, unregelmäßig, täglich, jeden 2. / 3. / 4. _____ Tag, Geruch _____
Neigung zu Verstopfung / Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, fettig, geformt, wechselhaft

Urogenitaltrakt

Nieren, Blase: Entzündungen, Steinleiden, Schmerzen, unwillkürlicher Harnabgang, Enuresis, Blasenschwäche, Inkontinenz, Harnträufeln, Schmerzen und Probleme beim Wasserlassen

Urin: Häufigkeit, Menge, Farbe _____, Geruch _____

Männliche Geschlechtsorgane und Prostata: Entzündungen, Prostatavergrößerung, Infektionen (Pilze, Bakterien), Schmerzen, Hodenhochstand, Vorhautverengung, Libidoschwäche, Prostata-OP,

Weibliche Geschlechtsorgane: Entzündungen der Geschlechtsorgane, Ausfluss (Farbe, Konsistenz, Geruch), Juckreiz, Brennen, Schmerzen, Infektionen (Pilze, Bakterien, HPV), Endometriose, Scheidentrockenheit, Myome, Eierstockentzündungen/-zysten re./li., Brustentzündungen re./li., Brustzysten, Brustschmerzen, Brustimplantate re./li., sonstige Brust OP, Konisation, Gebärmutter-OP

Weibliche Menstruation: prä-menstruelles Syndrom (PMS), Brustspannen, Zyklusstörungen, schmerzhafte Periode, langandauernde Periode, Ausbleiben der Periode

Schwangerschaft und Verhütung: Geburten ____ und Anzahl der Kinder _____, Abgänge _____, Sterilität, unerfüllter Kinderwunsch, Verhütungsmethode _____

Wechseljahre: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Stimmungsschwankungen (Weinerlichkeit, Überreaktionen), sexuelle Lustlosigkeit

Haut: Akne, Ekzeme, unreine Haut, trockene Haut, Juckreiz, Rötungen, Ausschläge, Neurodermitis, Psoriasis, Pilzbefall, Narben

Nägel: eingewachsene Nägel, eingerissene Nägel, Rillen, Verfärbungen, brüchig, splintern, Nagelpilz

Stoffwechselstörungen, vegetative, neurologische und psychische Erkrankungen

Hormonelle Störungen: z.B. an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebennieren, Bauchspeicheldrüse, Diabetes (erhöhte Zuckerwerte), Hypophyse, Schilddrüsen-OP, Eierstöcke entfernt, Hoden entfernt

Neurologische Erkrankungen: neurologische Ausfälle, Nervenentzündungen, Polyneuropathien, Hirnhautentzündungen, Taubheit, Kribbeln in Armen oder Beinen, Multiple Sklerose, ALS, Parkinson, Epilepsie

Psychische Erkrankungen: Depressionen, Angstzustände, Panikattacken, Phobien, ADS/ADHS, Autismus, Posttraumatische Belastungsstörung, Verfolgungswahn, Zwangserkrankungen, Manie, Schizophrenie

Vegetative Störungen: bitte bewerten Sie Ihre Symptomatik von 0 bis 6 (0=nie, 1=wenig, 6=extrem)

- Erhöhte oder niedrige Körpertemperatur _____
- Vermehrte Schweißneigung _____
- Nachtschweiß _____
- Leichte Erregbarkeit _____
- Allgemeine Nervosität, innere Unruhe _____
- Leichte Ermüdbarkeit / Erschöpfung _____
- Konzentrationsschwäche _____
- Gedächtnisschwäche, verm. Merkfähigkeit _____
- Schwindelzustände _____
- Wetterfühligkeit _____

Schlafstörungen: Einschlaf- Durchschlafstörungen (wann), vorzeitiges Erwachen, Alpträume

Infektionskrankheiten

Gab es in der Vergangenheit längere Auslandsaufenthalte (z.B. in Afrika, Indien, Südamerika, China, Ägypten, Tropen). Wenn ja, wann und wie lange?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Scharlach, Tetanus, Hib, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Pfeifferisches Drüsenfieber, Borreliose, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Gelbfieber, Typhus, Cholera, HPV, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tuberkulose, Hepatitis (A, B, C, D, E), HIV, Tropenkrankheiten, wie z.B. Malaria

Sonstige: _____

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Cortison behandelt?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte Impfpass mitbringen)

Tetanus, Diphtherie, Pertussis, HIB, Polio, Hepatitis B, Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Grippe, HPV, Typhus, Tuberkulose, Pocken, Cholera, Gelbfieber, Tropenkrankheiten, Tollwut, FSME (Zecken), usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Z.B. Fieber, Entzündung, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen _____

Familiäre Dispositionen, Allergien und Unverträglichkeiten**Familiär gehäufte Erkrankungen:** (Großeltern, Eltern, Geschwister)

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

Allergien, Unverträglichkeiten, Heuschnupfen:

z.B. Pollen, Gräser, Hausstaub, Tierhaare, Penicillin, Medikamente und Narkosemittel, Metalle, Nahrungsmittel, welche?

Verletzungen, Krankenhausaufenthalte und Medikamenteneinnahme

Verletzungen und Krankenhausaufenthalte: Unfälle, Knochenbrüche, Operationen

Einnahme von Antibiotika, Herzmitteln, Blutdruckmitteln, Cortison, Marcumar, Schilddrüsenmedikamente, Cholesterinsenker, Entwässerungstabletten, etc....

Was nehmen Sie ein? Wieviel nehmen Sie ein? Seit wann?

Allgemeine Verhaltensweisen

Rauchen Sie? Wieviel? Seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? Wie oft? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche? Wie oft? _____

Treiben Sie Sport? Was? Wie oft? _____

Ernährungsgewohnheiten bitte bewerten von 0 bis 10 (0=nie, 1=wenig, 10=sehr viel)

Zucker/Süßwaren/Backwaren _____
 Fleisch _____
 Fisch _____
 Milch/Milchprodukte _____
 Gemüse/Salat _____
 Obst _____
 Getreide/Vollkornprodukte _____
 Limonade/Cola/Fruchtsäfte _____
 Kaffee/Tee _____
 Wieviel Wasser trinken Sie tgl. ? _____
 Abneigungen gegen Lebensmittel? _____

Allgemeiner Status

Arbeit:

Ich empfinde meine Arbeit als

leicht _____ anstrengend _____ sehr anstrengend _____
 angenehm _____ belastend _____ Mobbing _____

Ich arbeite _____ Std./Woche

Ich mache _____ Wochen Urlaub im Jahr

Ich arbeite als _____

Arbeiten Sie mit Lösungs-, Reinigungs- oder Desinfektionsmitteln, Farben, Lacken? Sind Sie Schwermetallen, Industrie- oder Autoabgasen ausgesetzt? _____

Wird in Ihrem Umfeld geraucht? ja/nein

Benutzen Sie ein Funktelefon oder DECT-Telefon? _____

Welche elektrischen Geräte befinden sich in Ihrem Schlafbereich? _____

Entspannung:

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

Haben Sie anhaltend Stress, Sorgen, Ängste? Sind Sie nervlich überlastet? Können Sie entspannen? Haben Sie seelische Tiefpunkte? Haben Sie Probleme mit Ihrem/r Partner/in? Sind Sie mit sich und Ihrer Umwelt zufrieden?

Gibt es in Ihrem privaten oder beruflichen Umfeld Dinge, die Sie ändern möchten, aber nicht können? _____

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Gibt es sonst etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

