



Naturheilpraxis

Kerrin Olufs | Bardowick

Anamnese - Fragebogen für Erwachsene

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. privat _____
Straße _____ Mobil _____
PLZ – Ort _____ E-Mail _____
Beruf _____ Familienstand _____
Kinder _____

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren? _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Zusatzversicherung Privat-Versicherung
 Beihilfe/Post Name Versicherung: _____

**Bitte unterstreichen Sie die Beispiele, sofern sie zutreffen oder antworten Sie in eigenen Worten.
Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit.**

Was ist Ihr Wunsch an die Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, sonstiges:

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.
Krebs, Tuberkulose, psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, sonstiges:

Immunsystem

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

Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, sonstige:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, sonstige:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, sonstige:

Haben Sie Heuschnupfen? Ja Nein wann?.....

Welche Pollen?.....

Symptome?.....

Haben Sie Allergien? Ja Nein welche?

Symptome?.....

Haben Sie Unverträglichkeiten? Ja Nein welche?.....

Symptome?.....

Kopf – Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, morgens, abends, Stirn, Augen, Schläfen, Hinterhauptregion, halbseitig, eher links, eher rechts, doppelseitig, anders:

Auslöser: witterungsabhängig, zyklusabhängig, sonstiges:.....

Was verbessert?.....was verschlechtert?

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann?

Augen Bindehautentzündung, trockene Augen, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Glaukom, Maculardegeneration, sonstiges:

Ohren Tinnitus seit Schwerhörigkeit seit Hörsturz wann?.....Seite: links/rechts

Zähne/ Kiefer	Haben Sie tote Zähne? (gezogene Wurzel)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Haben Sie häufig Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik Titan Palladium Prothese

Mund wiederkehrende Aphten, Parodontitis, Zungenbrennen, Mundgeruch, Geschmack nach.....

Nase chronischer Schnupfen, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Operation, Absonderung: wässrig, schleimig, eitrig, grünlich

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten: heiße/kalte, Operation, sonstiges:

Nerven/Gehirn Schlaganfall, Multiple Sklerose, Herpes, Gürtelrose, Nervenverletzung, Neuroborreliose

Brust – Bauch – Darm

Brustdrüse	Beschwerden, Zysten, Operation, sonstiges:.....
Herz	Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Infarkt, sonstiges:.....
Lunge	Bronchitis, häufig Husten, Asthma, Auswurf, Farbe:.....sonstiges:.....
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, sonstiges:.....
Milz/Bauchspeicheldrüse	Diabetes Typ I, Diabetes mellitus, Operation, vergrößert, chronische Entzündung
Galle	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Leber	Fettleber, Entzündung, Hepatitis, Zysten
Darm	Infektionen, häufige Antibiotikaeinnahmen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Bauchschmerzen, M.Chron, Colitis Ulcerosa, Anomalie, Zustand nach OP.....
Stuhlgang	Frequenz: täglich, jeden 2.3.4. Tag, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall Konsistenz: hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, wechselhaft, schnittfest ;-) Farbe etc.: hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden

Rücken - Arme - Beine - Haut

Arme	Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände, Verletzung:.....
Beine/Füße	Schmerzen, Kribbeln, Krampfadern, Operationen, Taubheitsgefühl, kalte Füße, geschwollene Beine, Verletzung:
Rücken	eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma, Operationen, Schmerzen, Skoliose, Bandscheibenvorfall - wo?Verletzung:.....
Haut/Nägel	Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Akne, Neigung zu Abszessen /Furunkeln, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen Betroffene Stellen:.....
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja – bitte beim Besuch zeigen 0 Nein

Unterleib - Gynäkologie - Sexualität

Gynäkologie	Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Abtreibungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Neigung zu vaginalen Pilzen, Sterilisation, auffälliger PAP-Abstrich:..... Ausfluss: Farbe?/ riechend?, Senkungsbeschwerden, trockene Vaginalschleimhäute, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Entfernung von: Gebärmutter/ Eierstöcke, sonstiges:
Menstruation	Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung?.....Wann war die letzte Regelblutung?..... Haben sie einen regelmäßigen Zyklus? 0 Ja 0 Nein Wie viel Tage hat Ihr Zyklus?
	Haben Sie Zwischenblutungen? 0 Ja 0 Nein Wie stark ist Ihre Blutung: 0 schwach 0 normal 0 stark
	Haben Sie Beschwerden vor, nach oder während der Regel? Welche?..... Wechseljahrsbeschwerden:.....
Nehmen Sie Verhütungsmittel / Hormone ein? Welche

allgemein - emotional – Schlaf

Ihr aktuelles Körpergewicht Ihre Körpergröße

Ihre Blutgruppe Ihr Blutdruck

Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen?

Beruf: 😊 😐 😞 Lebensumstände: 😊 😐 😞 Erläuterung:.....

.....

Möchten Sie etwas an Ihrem Alltag ändern? Wenn ja, was genau?.....

.....

Psyche Essstörungen, Depressionen, innere Anspannung, Erschöpfung,
sonstiges:

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Einschlafschwierigkeiten, Sprechen im
Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schnarchen, Apnoe

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

.....

Chronologie der Krankengeschichte

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