

ANAMNESEBOGEN Datum

Die nachfolgenden Fragen dienen zur Klärung Ihres Krankheitsbildes. Die gewissenhafte Beantwortung liegt in Ihrem eigenen Interesse. Diese Befragung unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name Vorname
 Straße PLZ, Wohnort
 Tel. privat Tel. mobil
 Krankenkasse privat versichert pflichtversichert
 Beruf
 Kinder: ja nein
 Partnerschaft: ledig verheiratet geschieden sonstiges:
 Geb.Dat Geb.Ort
 Größe Gewicht

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

1. Wie ist Ihre allgemeine Befindlichkeit?

KÖRPERLICH:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

schlecht mäßig in Ordnung gut hervorragend

PSYCHISCH:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

schlecht mäßig in Ordnung gut hervorragend

2. Allgemeine Symptome

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> mangelnde Konzentration | <input type="radio"/> Ich schwitze sehr schnell | <input type="radio"/> Ich friere sehr schnell |
| <input type="radio"/> Ich bin müde und erschöpft | <input type="radio"/> Ich schwitze in der Nacht | <input type="radio"/> kalte Hände <input type="radio"/> kalte Füße |
| <input type="radio"/> Ich bin verstärkt reizbar | An welchem Körperteil? | |
| <input type="radio"/> Ich habe Ängste/ Schuldgefühle | <input type="text"/> | Wie belastbar und leistungsfähig |
| Konflikte | <input type="text"/> | fühlen Sie sich? |
| | <input type="radio"/> kalter Schweiß | <input type="radio"/> sehr belastbar |
| | <input type="radio"/> warmer Schweiß | <input type="radio"/> mäßig belastbar |
| | | <input type="radio"/> gar nicht belastbar |

3. Akute Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? (mit Jahreszahl angeben)
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Erkrankung
- Trauer
- Operationen
- andere:
- Kummer
- Schreck
- Hautausschläge

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (auch Vitamine und Hormone)

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

4. Leiden Sie an einer der folgenden chronische Erkrankungen?

Bluthochdruck (auch, wenn er medikamentös eingestellt ist)?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Diabetes/Zuckerkrankheit?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hohe Blutfettwerte (Triglyzeride, Cholesterinspiegel?)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Häufiger oder gelegentlicher Schwindel, Ohnmachtsanfälle? Stürze?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hatten Sie schon einmal eine Lungenembolie?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie ein hirnorganisches Krampfleiden (z.B. Epilepsie?)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? (Lupus, Hashimoto, MS, Psoriasis)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Leiden Sie an Arthrose oder Arthritis, Rheuma oder anderen Knochen- oder Gelenkerkrankungen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung: Gicht, Diabetes?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

5. Zähne und Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken

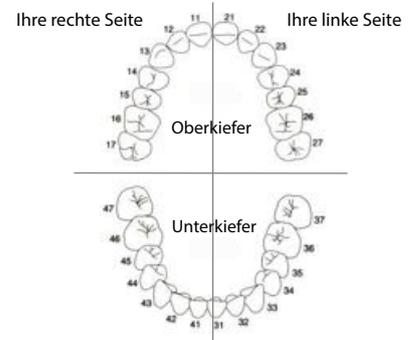
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Paradontose / Paradontitis
- Empfindliche Zähne auf
 - heiß kalt

- Wurden Amalgamfüllungen entfernt?
- ja nein

- Zahnfüllmaterialien
- Amalgam
 - Titan
 - Keramik
 - Implantate
 - Gold
 - Kunststoff
 - Palladium

- Kiefergelenke
- Schmerzen
 - Geräusche beim Kauen
 - Blockade
 - Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch



6. Schmerzen und Narben

Nutzen sie die Skizze und tragen Sie bitte Ihre Schmerzen ein.

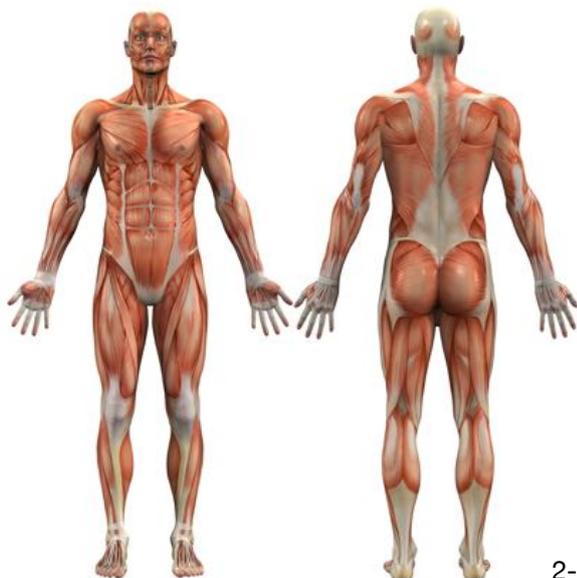
Schmerz 1

Schmerz 2

Schmerz 3

Sind die Schmerzen veränderlich?

(Bitte entsprechend Ihrer oben genannten Schmerzen mit 1, 2 und/oder 3 eintragen)



	Kein Effekt	Besser	Schlechter
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früh Morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegen Ende des Tages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Ausruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-4 Stunden nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Körper und Organfunktion

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündung
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myogelosen
- Beweglichkeit
- Belastung
- Rheuma

Niere / Blase

- Nierensteine
- Entzündungen
 - häufig

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach: _____

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- riecht nach: _____
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zu Durchfall
- Blähungen

Konsistenz des Stuhls

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig
- zu werden

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Haut / Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf: _____

8. Gynäkologischer / urologischer Bereich

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau

Ausfluß

- keinen stark
- weiß gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

- Schmerzen
- Eierstockentzündung
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wieviele: ____
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

Mann

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Verhütungsmaßnahmen

- Antibabypille
- Spirale
- Hormonspritze

Wann war die erste Menses?

Wann die letzte?

Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

urologisch

- Sterilisation
- Erektionsprobleme

9. Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

- ja nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
 Überlandleitungen/Bahnstrom in der Nähe
 Bäche, Flüsse in der Nähe
 Schimmelpilzbelastung
 Antiquitäten / Holzschutzmittel
 Teppichböden
 Mikrowelle
 Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
 elektrische Geräte standby
 Wasserbett
 eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
 häufiges Erwachen, um wieviel Uhr:
 nächtliches Wasserlassen
 Wie oft?:
 Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Unruhe in den Beinen
 Sprechen beim Schlafen
 Nachtschweiß
 heiße Füße
 Zähneknirschen
 Lebhaftige Träume

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- unter 500 ml unter 1 Liter
 ca. 1-2 Liter über 2 Liter

Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
 Wasser mit Kohlensäure
 Fruchtsäfte
 Softdrinks
 Kaffee Tee Milch
 Bier Wein

Rauchen Sie?

- ja, bis zu Zigaretten am Tag
 nein

Haben Sie Tätowierungen?

- ja nein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißmehlprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nüsse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Haben Sie Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein

wenn ja, welche:

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche?

- ja nein

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

10. Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben, möglichst von der Kindheit an

[Blank lines for writing the medical history]

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs
- Tuberkulose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Steinkrankheiten
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- andere:

[Blank lines for additional family diseases]

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

[Blank lines for additional vaccinations]

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Siphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

[Blank lines for listing antibiotics used]

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

**MIT DER NACHFOLGENDEN
UNTERSCHRIFT GARANTIERE
ICH FÜR DIE RICHTIGKEIT
MEINER ANGABEN**

Ort, Datum

[Blank space for location and date]

Unterschrift

[Blank space for signature]