

Anamnese - Fragebogen

Naturheilpraxis Barbara Sperber, Kruppach 3, 91238 Engelthal



Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. berufl. _____

PLZ – Ort _____ Mobil _____

Beruf _____ E-Mail _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK, usw.)

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.



Impfungen – Allergien

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

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose usw.

Gibt es Allergien?

Pollen/Wann _____

Nahrungsmittel _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig links – rechts – doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne/Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufiges Husten

Leber Entzündung – Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch _____

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.



Rücken – Arme – Beine – Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
 Nein

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss – Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses? _____ Wann die letzte? _____
Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? _____
Klimakterische Beschwerden: _____
- Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche? _____
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig
- Harn** viel, wenig, kann nicht halten, Geruch nach: _____
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

- Mein aktuelles Körpergewicht** _____ **Meine Körpergröße** _____
- Meine Blutgruppe** _____ **Mein Blutdruck** _____
- Trinken Sie Alkohol?** _____ **Rauchen Sie?** _____
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** _____
- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** _____
- Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?** _____
- Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?** _____
- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit** übliches zu Bett gehen: _____, übliches Aufstehen: _____



Schmerzfragen

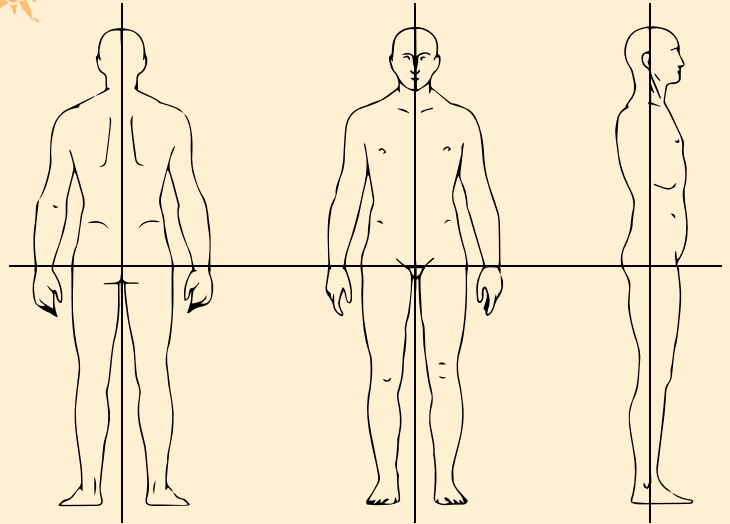
Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen.

Kreuz – punktförmiger Schmerz

Linie – unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil – ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

| | | | | | | | | | |
|---------|---|---|--------|---|---|---|------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| schwach | | | mittel | | | | sehr stark | | |

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Schlafzeit Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

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