

Anamnese Naturheilkunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

In der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustands von großer Bedeutung. Es gibt immer mehrere Gründe für eine Krankheit oder ein Symptom und häufig Verbindungen untereinander. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, desto besser und zielgerichteter können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher so gut wie möglich und schicken Sie uns den Fragebogen vor dem Termin per E-Mail oder Post zu, so dass uns mindestens ein Tag Vorbereitungszeit verbleibt. Vielen Dank!

Name _____

Vorname _____

Geburtstag _____

1. Was sind Ihre momentanen Beschwerden und was führt Sie zu uns?

2. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden? Z. B.: eine Erkrankung, eine Impfung, Kummer, Sorgen, Schock, Unfall, Ärger etc.

3. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche und in welcher Dosierung und Häufigkeit?

4. Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison genommen? Wenn ja, nennen Sie bitte den Grund.

5. Welche Krankheiten in Ihrer Familie (auch Eltern, Großeltern) sind Ihnen bekannt?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, bitte angeben: | | |

6. Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte denken Sie daran, zum Termin Ihren Impfpass mitzubringen.

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Meningokokken |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, bitte angeben: | | |

7. Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, bitte angeben: | | |

8. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, bitte angeben: | | |

9. Welche Allergien liegen vor?

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lipocain | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte angeben: | | |

- Sonstige Allergien, bitte angeben:

10. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

- Anzahl Schwangerschaften
- Anzahl Geburten
- Einnahme der Pille Ja Nein
- Monatsblutung regelmäßig unregelmäßig
- schmerzhaft

11. Angaben zu Ihrer Person:

- | | |
|--|--|
| Größe <input type="text"/> | Welchen Sport treiben Sie? <input type="text"/> |
| Körpergewicht <input type="text"/> | Was essen Sie am liebsten? <input type="text"/> |
| Anzahl Zigaretten pro Tag <input type="text"/> | Wie viel trinken Sie pro Tag? <input type="text"/> |

Haben Sie derzeit Stress? Wenn ja, beschreiben Sie ihn bitte:

12. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen persönlich diagnostiziert?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Steinerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, bitte angeben: | | |

13. Wie würden Sie Ihre Verdauung beschreiben?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl nach dem Essen | <input type="checkbox"/> vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: | | |

14. Wie ist Ihre Hautbeschaffenheit?

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Akne |
| <input type="checkbox"/> Rötungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme | <input type="checkbox"/> Brennen | <input type="checkbox"/> Narben |

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert oder auffällig? Bitte bringen Sie die Ergebnisse möglichst mit.

16. Verlangen nach:

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süßem | <input type="checkbox"/> Fett | <input type="checkbox"/> Obst |
| <input type="checkbox"/> Saurem | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Salzigem | <input type="checkbox"/> Ei | <input type="checkbox"/> Tabak |
| <input type="checkbox"/> Scharfen | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Kaffee |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Gemüse | <input type="checkbox"/> Drogen |
| <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Zwiebeln | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen: | | |

17. Wie würden Sie Ihren Durst beschreiben?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> Durst auf Kaltes | <input type="checkbox"/> große Mengen |
| <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> Durst auf Warmes | <input type="checkbox"/> nachts |
| <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> Durst auf Heißes | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen: | | |

PRAXIS DR. CLAUDIA HANSEN
NATURHEILKUNDLICHE MEDIZIN FÜR KINDER
UND ERWACHSENE

18. Wie schwitzen Sie?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> am Kopf | <input type="checkbox"/> unter den Achseln | <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> an der Brust | <input type="checkbox"/> an den Händen | <input type="checkbox"/> warm |
| <input type="checkbox"/> am Rücken | <input type="checkbox"/> an den Füßen | <input type="checkbox"/> klebrig |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> übelriechend |
- Sonstiges, bitte angeben:

19. Wie würden Sie Ihr Temperaturempfinden beschreiben?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> eher frostig | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße | <input type="checkbox"/> warme Füße/Beine |
| <input type="checkbox"/> eher hitzig | <input type="checkbox"/> kalte Füße/Beine | |
| <input type="checkbox"/> Wärmflasche notwendig | <input type="checkbox"/> warme Hände/Füße | |

20. Wie würden Sie Ihr Stimmungsbild beschreiben?

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> weinerlich | <input type="checkbox"/> traurig |
| <input type="checkbox"/> exaltiert | <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> depressiv |

21. Gibt es etwas wovor Sie Angst haben?

22. Wie ist ihre Lebenssituation bezüglich Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz?

23. Welches sind die größten Freuden, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

24. Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich unglücklich über irgendwelche persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen oder sozialen Umstände?