

Anamnesefragebogen



Ihr Termin _____ Uhrzeit _____

Naturheilpraxis Gesundes Leben
Daniela Schwinn
Heilpraktikerin
Am Gewerbepark 29

64823 Groß-Umstadt

Daniela Schwinn
Heilpraktikerin

Anschrift: Am Gewerbepark 29
D- 64823 Groß-Umstadt
Telefon: 0 60 78 / 96 94 617
Telefax: 0 60 78 / 96 94 616
E-mail: info@naturheilpraxis-schwinn.de
Internet: www.naturheilpraxis-schwinn.de

*Dieser Fragebogen dient dazu, die Erstanamnese möglichst effizient durchführen zu können und ein umfassendes Bild über Ihren Gesundheitszustand zu erhalten.
Füllen Sie diesen Bogen bitte sorgfältig aus, beantworten die Fragen ausführlich und schicken Sie diesen Fragebogen mindestens eine Woche vor Ihrer Erstkonsultation zurück.
Bitte legen Sie Kopien der letzten Blutuntersuchung sowie der neuesten Befundberichte bei.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind vertraulich.*

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort/-zeit _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Wohnort _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____
Blutgruppe (falls bekannt) _____ Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg
 gesetzlich versichert privat versichert / zusatzversichert bei _____

1. Welches sind Ihre Hauptbeschwerden? Seit wann leiden Sie darunter?

2. Haben Sie Schmerzen? Wie oft? Wie intensiv? Wo?

3. Was bessert / verschlechtert Ihre Beschwerden? z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Tageszeit,...

4. Fühlen Sie sich gestresst, überfordert, ausgelaugt? ja nein

5. Wie hoch – prozentual gesehen – würden Sie Ihre Leistungskapazität bezeichnen? _____

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

7. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Bitte Kopie von Impfpass beifügen.

Tuberkulose(BCG)	Röteln	Polio (Kinderlähmung)	Diphterie
Tetanus	HIB	Keuchhusten	Masern
Mumps	FSME	Hepatitis	Windpocken
Meningokokken	Gelbfieber	Pneumokokken	Grippe
andere _____			

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit andere _____

8. Haben oder hatten Sie Amalgam-Füllungen? Wenn ja, wieviele? _____

9. Wurde eine sachgemäße Schwermetallausleitung vorgenommen? _____

10. Haben Sie Kronen / Brücken / Implantate / wurzeltote Zähne?

11. Kommen / kamen Sie beruflich mit Giftstoffen in Kontakt? Wenn ja, welche?

12. Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?

13. Gibt es bekannte Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

14. Auf welche Lebensmittel könnten Sie nur schwer verzichten?

15. Konsumieren Sie

Zucker ja nein wie oft _____
Milchprodukte ja nein wie oft _____
Weißmehlprodukte ja nein wie oft _____
Süßigkeiten ja nein wie oft _____
Fleisch ja nein wie oft _____
Kaffee ja nein wie oft _____
Rauchen Sie ja nein wie viel tgl. _____

Wieviel trinken Sie täglich und was genau? _____

16. Wie oft haben Sie Stuhlgang? _____ x täglich _____ x wöchentlich

17. Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? wässrig breiig geformt unterschiedlich

18. Leiden Sie unter Blähungen? _____ Riechen diese unangenehm _____

19. Können Sie gut einschlafen? _____ Durchschlafen? _____

20. Sind Sie morgens frisch und erholt? _____

21. Beschreiben Sie hier Ihre momentanen / vergangenen Beschwerden:

Kopf Schmerzen: häufig selten nie wenn ja, wo _____

Schwindel: häufig selten nie

Auslöser: _____

was verbessert: _____ was verschlechtert: _____

Augen Bindehautentzündung Brille seit anderes _____

Nase Operation behinderte Nasenatmung Nasennebenhöhlen Heuschnupfen

Ohren Schmerzen Geräusche schwerhörig Mittelohrentzündungen

Mund Entzündungen Mundgeruch Geschmacksveränderung belegte Zunge

Mandeln entfernt häufige Entzündungen als Kind heute

Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion Hashimoto Vergrößerung Operation

Atmung Atemnot Husten Bronchitis Asthma

Herz Stechen Druckgefühl Rhythmusstörungen Herzrasen Infarkt

Kreislauf Bluthochdruck Gefäßprobleme Krampfadern Venenschwäche

Magen Völlegefühl Appetitlosigkeit Sodbrennen Gastritis Geschwür

Leber / Galle Entzündungen Fettleber Gallensteine Koliken Fettunverträglichkeit

Bauchspeicheldrüse Diabetes Oberbauchschmerzen

Niere / Blase Entzündungen Nierensteine Uringeruch nach:

Darm Morbus Crohn Colitis ulcerosa Divertikel Entzündungen Hämorrhoiden
 Verdauungsstörungen Verstopfung Durchfall Blähungen

Rücken / Bewegungsapparat Schmerzen Verspannung HWS BWS LWS Bandscheiben
 Rheuma Fibromyalgie Muskelschmerzen

Arme / Beine kalte Hände kalte Füße Kribbeln Tennisellenbogen Karpaltunnel

Haut / Nägel Warzen Muttermale Hautjucken Ekzeme Geschwüre
 eingewachsene Nägel Pilze Schuppenflechte Neurodermitis
 Narben _____

Haare Haarausfall vereinzelt verstärkt kreisrund

Gynäkologie Ausfluss keinen stark weiss gelb/grün wundmachend
 erste Regelblutung _____ Blutungen sind: hell dunkel klumpig (un-)regelmäßig
 letzte Regelblutung _____
 Ausschabung Fehlgeburt Entzündungen Zysten Myome Abtreibungen
 Geschlechtskrankheiten Sterilisation
 Geburten _____ normal Kaiserschnitt
 Brust: Entzündungen Zysten Operationen Schmerzen

Urologie Prostata vergrößert Operation Entzündungen
 Beschwerden beim Wasserlassen Sterilisation

Sexualität vermindert verstärkt unbefriedigend Schmerzen

Nervensystem Taubheit Schmerzen Parkinson Krampfanfälle Multiple Sklerose
 Gedächtnisstörungen

Immunsystem häufige Erkältungskrankheiten geschwollene Lymphknoten vermehrtes Schwitzen / Frieren

Operationen _____

22. Hatten Sie Zeckenbisse? ja nein

23. Benötigten Sie bisher Antibiotika? Wenn ja, wie oft und warum?

24. Gibt es Einschnitte bzw. Erlebnisse in Ihrem Leben, die Ihre Gesundheit maßgeblich beeinflusst haben?

25. Leiden Sie an Ängsten (z.B. vor Krankheiten, vor Kontrollverlust, Todesangst,...) ? Gab oder gibt es depressive Phasen?

26. Wie würden Sie Ihre Persönlichkeit in kurzen Sätzen beschreiben?

27. Was wissen Sie über Ihre eigene Geburt, die Schwangerschaft?

28. Leben Sie in einer Partnerschaft? _____ Sind Sie verheiratet? _____ geschieden? _____

29. Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner / Ihrer Partnerin? Sehr gut gut mäßig schlecht

30. Haben Sie Kinder? _____ Wieviele? _____

31. Gibt es Unstimmigkeiten in Ihrer Familie? Mit Kindern, Eltern, zu Geschwistern

32. Welche Erkrankungen kommen / kamen in Ihrer Familie vor? Bei Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister

Krebs	Herzkrankheiten	Gefäßerkrankungen	Schlaganfall	Rheuma
Asthma	Schuppenflechte	Allergien	Diabetes	Multiple Sklerose
Autoimmunerkrankungen	Depressionen	Demenz / Alzheimer		
andere Krankheiten _____				

33. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen, Ereignisse oder Umstände, die gehäuft auftreten (z.B. auch Scheidungen, Kinderlosigkeit, Suizide, Unfälle)?

34. Wurde Ihr Schlafplatz auf geopathische – und elektromagnetische Belastungen untersucht?

ja nein

35. Was befindet sich in der Nähe Ihres Schlafplatzes?

Schnurlostelefon	Handy	WLAN	Funkmasten	Hochspannung
Wasserbett	elektrische Geräte			

Was ist Ihr Ziel bzw. was erwarten Sie von der Behandlung?