

ANAMNESE-Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Telefon: _____
Straße: _____ E-Mail: _____
PLZ und Ort: _____ Hausarzt: _____

Versicherung: gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe
 privat
 private Zusatzversicherung

Beruf / Schulklasse (bei Kindern) _____

bei Kindern Name des Rechnungsempfängers: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern etwas zutrifft. Anderenfalls bitte mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich Zeit.

Wichtig! Bitte notieren Sie hinter jeder Beschwerde eine Zahl (von 1 bis 10), die Aussage über den Ausprägungsgrad gibt (z.B. bei Kopfschmerzen). 1 = sehr gering, 10 = extrem stark. Notieren Sie bitte auch das Jahr, in dem die jeweilige Beschwerde zum ersten Mal aufgetreten ist.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (3 Hauptbeschwerden?)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1. _____
2. _____
3. _____

➔ **Bitte bringen Sie einzunehmende Medikamente (am besten die jeweilige Tagesdosis) und ggf. eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.**

Was war kurz vor Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschlag, _____

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt (Eltern, Großeltern, Geschwister)?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsi, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitits, _____

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie? _____

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte Impfausweis mitbringen)

z.B. Tuberkulose, Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken,

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes, _____

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?

ja nein

Wurden diese oder andere Erkrankungen mit Antibiotika und/oder Kortison behandelt?

ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt? _____

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

O ja O nein

Falls ja:

Wie häufig? _____

Region: Stirn-Augen-Schläfen-Region, Hinterhauptregion, halbseitig (links oder rechts), doppelseitig, _____

Auslöser: _____

Was verbessert? _____

Was verschlechtert? _____

Probleme mit den Haaren?

Haarausfall, kreisrunder Haarausfall, Schuppen, _____

Seit wann? _____

Probleme mit den Augen?

kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration, Bindehautentzündung, Lasertherapie,

Probleme mit den Ohren?

Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Ohrgeräusche

Wo? links, rechts, beidseitig

Zähne/Kiefer

Beschwerden bei der Zahnung? O ja O nein

Weisheitszähne gezogen? O ja O nein Wenn ja, welche? _____

Gibt es wurzelbehandelte Zähne? O ja O nein Wenn ja, welche? _____

Zahnfleischbluten? O ja O nein

Gibt es tote Zähne O ja O nein Wenn ja, welche? _____

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt? O ja O nein Wenn ja, welche? _____

Amalgamfüllungen entfernt? O ja O nein Wenn ja, welche? _____

Amalgamausleitung durchgeführt? O ja O nein Wenn ja, wann? _____

Womit wurde ausgeleitet? _____

Zahnfüllungen aktuell: O Amalgam O Gold O Kunststoff

 O Implantate O Keramik

Nase

Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf _____

Mandeln

häufig Mandelentzündungen als Kind, aktuell häufig Mandelentzündungen, Operationen, Halsschmerzen, _____

BRUST / BAUCH

Brustdrüse

Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten, _____

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Bypass, _____

Blutdruck

Wann zuletzt gemessen? _____ Ergebnis: _____

Lunge

Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung, _____

Leber

Entzündung, Hepatitis, Alkohol wird schlecht vertragen

Galle

Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Operationen, _____

Magen

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sodbrennen, _____

Darm

Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Geruch, Blähungen, _____

Stuhlgang

täglich ca. jeden 2.,3. Tag unregelmäßig

unregelmäßig

Gefühl, nicht fertig zu werden brauche viel Papier benutze oft Toilettenbürste

Neigung zu Verstopfung Neigung zu Durchfall

Stuhl: hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, wechselhaft, _____

Niere / Blase

Nierensteine, häufig Entzündungen, Rückenstechen (rechts oder links), Reizblase, _____

Harn

viel, häufig, wenig, kann nicht gehalten werden, schaumig, riecht nach _____

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

Arme

Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände, Taubheitsgefühl, Operationen,

Beine

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Kribbeln, kalte Füße, Taubheitsgefühl, offene Wunden,
Operationen, _____

Rücken

Verspannungen, Schmerzen in HWS, BWS, LWS, Rheuma, Hexenschuss, Ischias, Skoliose,
Bandscheibenvorfall, _____

Haut / Nägel

Hautjucken, Warzen, Pilze, Geschwüre, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, Hautallergien auf (Creme,
Sonne usw.), _____

♀-BEREICH

Gynäkologisch: Ausfluss: keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche
Schmerzen, Eierstockentzündungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze,
Geschlechtskrankheiten, _____
Geburten (Jahreszahl _____), Fehlgeburten, Abtreibungen,
Ausschabungen, _____

Menses: Wann war die erste Menses? _____ Wann die letzte? _____
Blutungen sind: hell, dunkel, klumpig, braun, _____
Regelblutung ist: stark, schwach, dauert lange, _____
Abstand zwischen den Regelblutungen: _____
Beschwerden vor, nach oder während der Regel? _____
Zwischenblutungen? _____
Klimakterische Beschwerden? _____
Verhütungsmittel? Welche _____ Seit wann? _____
Erster gynäkologischer Termin: _____

♂-BEREICH

Prostata: vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges
nächtliches Wasserlassen, _____
Letzter Krebsvorsorgetermin: _____

NARBEN

Wo haben Sie Narben? _____
(Wichtig: Mit der Jahreszahl der Entstehung. Auch kleine Narben eintragen)

SCHLAF

Schlaf, Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Schlafwandeln, heiße Füße, Zähneknirschen, _____

Ihre Träume sind: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich machend, realitätsnah, _____

SPORT

Sportart: _____ Wie häufig? _____

Sportart: _____ Wie häufig? _____

Sportart: _____ Wie häufig? _____

ERNÄHRUNG

Verlangen nach: süß sauer pikant salzig
 Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Abneigung gegen: süß sauer pikant salzig
 Fleisch Alkohol

Allergien auf: _____

Nikotin: ja nein wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Alkohol: ja nein wenn ja, wie häufig? _____ Was? _____

Trinken: Tee, Wasser → Wie viele Liter pro Tag? _____

ALLGEMEIN

Haustiere (auch früher): ja nein wenn ja, welche? _____

Elektrische Geräte im Schlafbereich: ja nein wenn ja, welche? _____

Verwendung von DECT-Telefonen: ja nein

Belastungen durch Schwermetalle: ja nein

Belastungen durch Lösungsmittel: ja nein

Belastungen durch Chemikalien: ja nein

Welche biologischen Therapien wurden bei Ihnen bereits angewandt?

z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente, _____

Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Fitnesszustand? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie beurteilen Sie Ihre aktuelle seelische Verfassung? (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

