



Naturheilzentrum  
Alstertal

# Anamnese - Fragebogen

Lothar Ursinus \* Frahmredder 14 \* 22393 Hamburg \* 60012280

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
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 genug 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, Urgroßeltern, Geschwister.**

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

**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, Gonorrhöe (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, Macula-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, häufig 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?**  
0 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine  
0 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, häufig, 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?** .....

**Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?** .....

**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?** .....

**Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?** .....

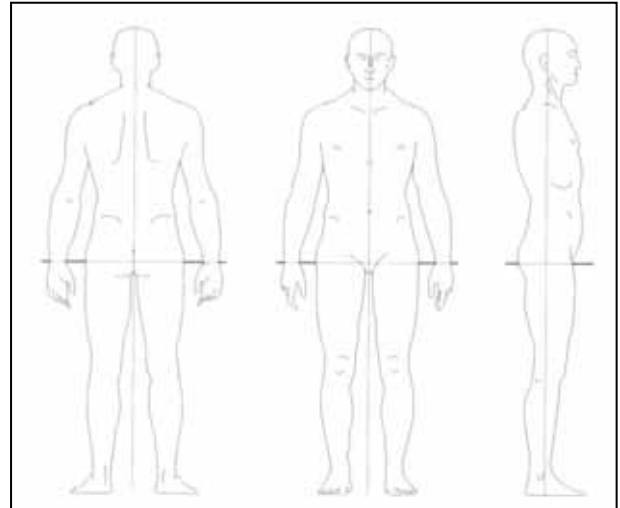
**Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

**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

**Wie ist das Schmerzempfinden?** Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend  
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, Urlaub

**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.