

Anamnese - Fragebogen

Naturheilzentrum Alstertal * Heegbarg 16 * 22391 Hamburg * 040-60012280



Naturheilzentrum
Alstertal

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. beruflich	_____
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.

z.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, 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? <input type="radio"/> Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine <input type="radio"/> 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

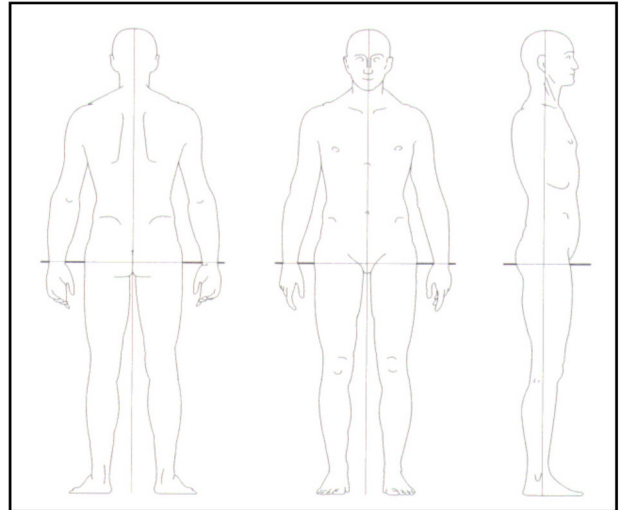
Mein aktuelles Körpergewicht	_____	Meine Körpergröße	_____
Meine Blutgruppe	_____	Mein Blutdruck	_____
Trinken Sie Alkohol?	_____	Rauchen Sie?	_____
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?	_____		
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	_____		
Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?	_____		
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

Wie ist das Schmerzempfinden? 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.