



Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

PERSÖNLICHE DATEN

VORNAME

NAME

--	--

STRASSE

HAUSNUMMER

--	--

PLZ

WOHNORT

--	--

FESTNETZ

MOBIL

--	--

E-MAIL

--

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

KÖRPERGRÖSSE / GEWICHT

--	--	--

VERSICHERUNG / TARIF

BERUF

--	--

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

--

Praxis für gesundes Leben
Heilpraktiker Nedelmann und Doll
Kastanienallee 4, 10435 Berlin
Tel.: +49 (0)30 3198 5291
Fax: +49 (0)30 3198 5292
mail@praxisfuergesundesleben.de
www.praxisfuergesundesleben.de

BESCHWERDEN

UNTER WELCHEN AKUTEN BESCHWERDEN LEIDEN SIE UND SEIT WANN?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

WELCHE UNTERSUCHUNGEN WURDEN BEREITS DURCHGEFÜHRT?

WIE VIELE ÄRZTE, KLINIKEN, HEILPRAKTIKER HABEN SIE BEREITS AUFGESUCHT?

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? WENN JA, WELCHE?

WIE WAR DER ERFOLG?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

WAS WAR UNMITTELBAR VOR DEM AUFTRETEN IHRER JETZIGEN BESCHWERDEN?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge

andere: _____

WELCHE BEHANDLUNGEN HABEN SIE GEGEN DIE BESCHWERDEN BEREITS BEKOMMEN?

WAS ERWARTEN SIE VON MEINER BEHANDLUNG?

KRANKHEITSGESCHICHTE

CHRONOLOGISCHE KRANKHEITSGESCHICHTE

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

WELCHE KRANKHEITEN SIND IN IHRER FAMILIE BEKANNT?

- | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Geisteserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> andere: | _____ | |

HABEN SIE NARBEN VON OPERATIONEN?

- Ja Nein

LEIDEN SIE OFT UNTER ERKÄLTUNGSKRANKHEITEN?

- Ja Nein

LEISTUNGSFÄHIGKEIT

MANGELNDE KONZENTRATION?

- Ja Nein

MÜDIGKEIT UND ERSCHÖPFUNG?

- Ja Nein

VERSTÄRKTE REIZBARKEIT?

- Ja Nein

WIE BELASTBAR UND LEISTUNGSFÄHIG FÜHLEN SIE SICH

- sehr mäßig gar nicht

ERNÄHRUNG

WIE VIEL LITER TRINKEN SIE TÄGLICH?

WAS TRINKEN SIE?

WELCHE NAHRUNGSMITTEL ESSEN SIE?

- | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Zucker |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Fleisch |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Kuchen | <input type="checkbox"/> Fisch |

ERNÄHRUNG

VERLANGEN NACH:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> Fleisch |
| <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> Obst |
| <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> Nikotin |
| <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> scharf | |

ABNEIGUNG GEGEN:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> Fleisch |
| <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> Fett |
| <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> Alkohol |

NAHRUNGSMITTELALLERGIEN AUF:

LEBEN SIE NACH BESTIMMTEN
ERNÄHRUNGSRICHTLINIEN?

- Ja Nein

FALLS JA, WELCHE?

WURDEN SIE GESTILLT?

- Ja Nein

WAR IHRE GEBURT EINE NATÜRLICHE?

- Ja Nein

SIND SIE BEREIT, IHRE ERNÄHRUNGS-
GEWOHNHEITEN MIT UNSERER HILFE ZU
VERBESSERN?

- Ja Nein

WOHNUNG

WIE IST IHRE WOHNUNG BESCHAFFEN?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- WLAN
- Schnurlose Telefone / DECT
- Mikrowelle

IST IHRE WOHNUNG AUF ELEKTROSMOG-BELASTUNGEN
UNTERSUCHT WORDEN?

- Ja Nein

WIE IST IHR SCHLAFPLATZ EINGERICHTET?

- Nachttischlampe
- elektrische Geräte standby
- Kabel unterm Bett
- eingebauter elektrischer Motor

SCHLAF

WIE IST IHR SCHLAF?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen um _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |

SCHLAF

WIE IST IHR SCHLAF?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen - wie oft: _____ | <input type="checkbox"/> heiße Füße |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> Traumerinnerung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

KÖNNTEN SIE, NACHDEM SIE MORGENS AUFGEWACHT SIND, GEGEN 10 ODER 11 UHR WIEDER EINSCHLAFEN?

- Ja Nein

KÖNNEN SIE OHNE EINEN KAFFEE VOR 12 UHR GUT IN DEN TAG STARTEN?

- Ja Nein

SCHLAFEN SIE (ODER VERSUCHEN ES) MORGENS ZWISCHEN 2 UND 4 UHR?

- nie / selten manchmal immer / oft

SIND SIE WENIGER ALS 30 MIN PRO NACHT WACH? (EINSCHLAF- UND AUFWACHZEIT INBEGRIFFEN)

- nie / selten manchmal immer / oft

SIND SIE ZUFRIEDEN MIT IHREM SCHLAF?

- selten / nie manchmal immer / oft

SCHLAFEN SIE ZWISCHEN 6 - 8 STUNDEN PRO TAG?

- selten / nie manchmal immer / oft

BLEIBEN SIE DEN TAG ÜBER WACH OHNE EINZUNICKEN?

- selten / nie manchmal immer / oft

KOPF

LEIDEN SIE UNTER KOPFSCHMERZEN?

- selten / nie manchmal immer / oft

IN WELCHER REGION TRETEN DIE KOPFSCHMERZEN AUF?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stirn / Augen / Schläfen | <input type="checkbox"/> doppelseitig |
| <input type="checkbox"/> Hinterkopf | <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts |
| <input type="checkbox"/> halbseitig: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | |

AUSLÖSER DER KOPFSCHMERZEN:

WAS VERSCHLECHTERT DIE KOPFSCHMERZEN?

WAS VERBESSERT DIE KOPFSCHMERZEN?

ZÄHNE / KIEFER

- häufige Zahnarztbesuche
 Beschwerden bei der Zahnung

ZAHNFÜLLMATERIALIEN

- Amalgam
 Gold

KOPF

ZÄHNE / KIEFER

- erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- wurzelbehandelte Zähne
- tote Zähne
- empfindliche Zähne auf: heiß kalt

ZAHNFÜLLMATERIALIEN

- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

WURDEN BEI IHNEN AMALGAMFÜLLUNGEN ENTFERNT?

- Ja Nein
-

HAARE

- Haarausfall: kreisrund vereinzelt
- seit wann: _____

AUGEN

- Bindehautentzündung
- Kurzsichtigkeit
- Weitsichtigkeit
- sonstige Beschwerden
- Brille seit: _____

OHREN

- Schmerzen links
 - Schmerzen rechts
 - Schmerzen beidseitig
 - Mittelohrentzündungen
 - Schwerhörigkeit
 - Ohrengeräusche
 - Ohrendruck
-

NASE

- Operationen
 - Heuschnupfen
 - Allergie(n) auf: _____
 - behinderte Nasenatmung
 - Nase verstopft
 - Absonderungen: wässrig eitrig schleimig grünlich
 - häufig Nasennebenhöhlenentzündungen
-

MANDELN

- häufig Mandelentzündungen: als Kind heute
- Operationen

SCHILDDRÜSE

- Überfunktion Operationen
- Unterfunktion andere: _____
- Vergrößerung
- Knoten

BRUST / BAUCH / RÜCKEN

BRUSTDRÜSE

- Beschwerden
- Knoten
- Operationen

HERZ

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen
- Bluthochdruck

LUNGE

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

LEBER

- Entzündungen
- Hepatitis
- andere: _____

GALLE

- Steine
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

MAGEN

- Aufstoßen / Sodbrennen
- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

RÜCKEN

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Verspannungen
- Bandscheibenvorfall
- Ischias
- Skoliose

NIERE & BLASE

- Nierensteine
- Entzündungen
- Häufigkeit: _____

HARN

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach: _____

DARM

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blähungen
- Blinddarmoperation
- Blähbauch

STUHLGANG

- täglich
- jeden zweiten Tag
- unregelmäßig
- Geruch nach: _____
- Verstopfungsneigung
- Durchfallneigung
- kann Stuhlgang nicht halten
- Gefühl, nicht fertig zu werden

STUHLGANG - KONSISTENZ

- hell
- dunkel
- hart
- knollig
- weich

ARME

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

BEINE

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

HAUT & NÄGEL

- Verbrennungen
- Narben
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- Allergien auf: _____

GYNÄKOLOGISCHER / URULOGISCHER BEREICH

GYNÄKOLOGISCH - AUSFLUSS

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keinen | <input type="checkbox"/> weiß | <input type="checkbox"/> wundmachend |
| <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> gelb | <input type="checkbox"/> färbt die Wäsche |

GYNÄKOLOGISCH - MENSES

Wann war die erste Menses?

Wann war die letzte Menses?

Blutungen sind:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hell | <input type="checkbox"/> klumpig | <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| <input type="checkbox"/> dunkel | <input type="checkbox"/> braun | <input type="checkbox"/> unregelmäßig |

GYNÄKOLOGISCH - VERHÜTUNG

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anti-Baby-Pille | <input type="checkbox"/> Hormonspirale | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kupferspirale | | |

GYNÄKOLOGISCH - SONSTIGES

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Geburten: Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Myome |
| <input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen | <input type="checkbox"/> Abtreibungen | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Ausschabungen | <input type="checkbox"/> Tumore | |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Zysten | |

GYNÄKOLOGISCHER / URULOGISCHER BEREICH

URULOGISCHER BEREICH

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |
|---|---|

SEXUALITÄT

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
| <input type="checkbox"/> verstärkt | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr |

EMOTIONALES

ÄNGSTE / SCHULDGEFÜHLE / KONFLIKTE	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
TREIBEN SIE REGELMÄSSIG SPORT?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
WIE HÄUFIG TREIBEN SIE SPORT?	<hr/>	
SCHWITZEN SIE LEICHT?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
SCHWITZEN SIE NACHTS?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
FALLS JA, AN WELCHEM KÖRPERTEIL?	<hr/>	
WIE FÜHLT SICH DER SCHWEISS AN?	<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> warm
FRIEREN SIE SCHNELL?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> kalte Hände	<input type="checkbox"/> kalte Füße
HABEN SIE EINE/N PARTNER/IN?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
WIE IST IHR VERHÄLTNIS ZU IHREM / IHRER PARTNER/IN	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut
	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
WIE IST IHR VERHÄLTNIS ZU IHREN ELTERN?	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut
	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht
WIE GLÜCKLICH FÜHLEN SIE SICH AUF EINER SKALA VON 1 BIS 10?		

INFEKTIONEN

WELCHE INFEKTIONEN HABEN SIE DURCHGEMACHT?

- | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Siphilis |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | | | | | |

WURDEN DIESE ODER ANDERE ERKRANKUNGEN SCHON EINMAL MIT ANTIBIOTIKA BEHANDELT?

- Ja Nein

FALLS JA, WELCHE WURDEN EINGESETZT?

IMPFUNGEN

WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE BEKOMMEN?

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> andere: |

GAB ES REAKTIONEN AUF IMPFUNGEN?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen |