

Stefanie Hinrichs

Naturheilpraxis * Heilpraktikerin



Anamnesebogen

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Email: _____

Ort: _____ Beruf: _____

Geb. am: _____ Empfehlung durch: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Versicherung: gesetzlich (AOK, DAK,) Beihilfe/Post Privat

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie momentan?

Wann begannen die Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?
(Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente)

Welche Krankheiten gibt es in der Familie?

(z.B. Krebs, Tuberkulose, Allergien, Herzkrankheiten, Asthma, Diabetes, Rheuma, Geschlechtskrankheiten, Migräne, Gicht, Gallensteine, Nierensteine, Thrombose, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.)

Welche Impfungen und Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?

(Tetanus, Polio(Kinderlähmung), Diphtherie, Masern, Mumps, Pocken, Hepatitis, Tuberkulose, Grippe, Cholera, Gelbfieber, sonstige.)

Gab es Impfreaktionen?

(Fieber, Krämpfe, Allergien, Hautausschläge, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung, ...)

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchlebt?

(Mumps, Masern, Windpocken, Scharlach, Röteln, Keuchhusten, Diphtherie, ...)

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Unfälle? Wenn ja, wann, welche?

Zähne:

Zahnfüllungen: Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt? ja nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein

wurzelgefüllte Zähne ja nein Brücken ja nein

fehlende Zähne _____ Prothese _____ Zahnfleischtaschen ja nein

Weißheitszähne _____ Paradontose _____ Zahnfleischbluten ja nein

Haben Sie Narben? Wo?

Harn:

viel, wenig, häufig, nachts, kann nicht halten, riecht nach _____

Stuhl:

täglich, jeden 2., 3., 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach _____

Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall,

Stuhl ist hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,

kann nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang ist wechselhaft.

Schwitzen _____

Trinken: Trinkmenge in Liter/Tag _____ ..

Was trinken Sie? _____ ..

Ernährung:
(Fleisch, Süßigkeiten, Alkohol, Nikotin?) _____ ..

Regelmäßige Mahlzeiten? Wann, Umfang?

Treiben Sie Sport?

Welche Medikamente nehmen Sie? Auch Nahrungsergänzung!

Nehmen Sie Psychopharmaka? Wenn ja, welche und seit wann?

Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?

Was gibt es für bestehende Diagnosen und Voruntersuchungen?
(Bitte vorhandene Unterlagen dazu mitbringen)

Bisherige Therapien:

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Wenn ja, Einschlaf-, Durchschlafstörungen, beides?

Operationen: Was und wann?

Haben Sie etwas Traumatisches erlebt? Wenn ja, was und wann?

Wie war ihre eigene Geburt? Gab es Besonderheiten?

Unterleib-Gynäkologie:

wann war die erste Regel _____ wann die letzte _____

Beschwerden vor - während - nach der Regel? Welche?

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Wenn ja, welche?

Klimakterische Beschwerden?

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Gab es Probleme bei den Geburten? Wenn ja, welche? (z.B. Kaiserschnitt, Saugglocke usw.)

Hatten Sie Fehlgeburten, Totgeburten, Abtreibungen?

Leiden Sie unter Ausfluss, Eierstockentzündungen, Zysten, Myomen, usw.?
