



Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit

Vorname, Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax, Mobil: _____

Geburtstag, -Ort, -Zeit: _____

Körpergröße/Gewicht: _____

Beruf: _____

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Bewerten Sie von 1-10 in Ihrer Intensität (I) und Wichtigkeit (W)

Beschwerde	I	W	Seit wann?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			



Anamnese-Fragebogen

Haben Sie Narben von Operationen?

ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

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

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten

ja nein

Welche Infektionskrankheiten 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"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Salmonellose |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | | |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

ja nein

Letzte Behandlung:

Falls ja, welche Antibiotika wurden eingesetzt?

Impfungen:

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae Typ b, HiB | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Humane Papillomviren, HPV | <input type="checkbox"/> andere: |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen



Anamnese-Fragebogen

Kopf

Haare

- Haarausfall
- kreisrund
- vereinzelt
- seit wann: _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- Stirn-Augen-Schlafenregion
- Hinterhauptregion
- morgens abends
- halbseitig
 - links rechts
- doppelseitig
- wandernd links -> rechts
- wandernd rechts -> links
- Schwindel

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit: _____

Ohren

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

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind heute

Nase

Allergien auf:

- Operationen
- Heuschnupfen
- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft
- Absonderungen:
 - wässrig schleimig
 - eitrig grünlich
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen
- Anzahl der Füllungen
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

ja, ohne Ausleitung

ja, mit Ausleitung

nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
- Gold Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust - Bauch - Rücken

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

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

Niere/Blase

- Nierensteine
- Entzündungen
- häufig:

Harn

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

Magen

- Schluckbeschwerden
- Völlegefühl
- Übelkeit Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
 - Geruch nach:
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- riecht nach:

Konsistenz des Stuhls

hell

dunkel

übelriechend

hart

knollig

weich

schmierig

pastenartig

kann Stuhl nicht halten

Gefühl nicht fertig zu werden

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma



Anamnese-Fragebogen

Arme – Beine

Arme/Hände

- Verletzungen
- Operationen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine/Füße

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

Haut

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen

- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Biokosmetik
- Allergien auf: _____
- _____
- _____

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten, Anzahl:
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

Ausfluss

- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

Menses

Wann war die erste Menses?

Wann die letzte?

Blutungen sind

- viel hell dunkel
- klumpig braun

regelmäßig

unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert verstärkt
- zufrieden unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Ernährung

Wie viel Liter Wasser trinken Sie täglich?

Was trinken Sie noch?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- Milchprodukte
- Süßigkeiten
- Weißmehlprodukte
- Kuchen
- Eier
- Zucker
- Nüsse
- Biokost

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien oder Diäten?

- ja nein
- wenn ja welche:

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein



Anamnese-Fragebogen

Wohnung

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- Konventionelle Haushaltsreiniger
- Biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe (2km)
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Teppichböden Wollteppiche
- Mikrowelle Holzwände/Holzdecken
- Fußbodenheizung Alarmanlage
- LAN/Wireless PC Umweltgifte

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet, WLAN Router?
- elektrische Geräte im Standby-Modus
- Wasserbett Federkernmatratze
- Sicherungskasten Computer
- Halogenlampe Metallbett
- Satellitenschüssel Radiowecker
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wie viel Uhr: _____
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
- Einschlafprobleme Durchschlafprobleme
- Unruhe in den Beinen heiße Füße
- Sprechen im Schlaf lebhafte Träume
- Nachtschweiß Zähneknirschen

Einrichtung des Arbeitsplatzes

- Einzelbüro Großraumbüro
- Home-Office WLAN-Router
- Laserdrucker Halogenlampen

Haben Sie Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht?

- ja nein

Work-Life Balance

Waren oder sind Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja nein

Haben Sie Existenzängste? ja nein

Liegen Beziehungskonflikte (Familie/Partner) vor? ja nein

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? ja nein

Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ja nein

Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch? ja nein

Haben Sie Zeit zum Entspannen? ja nein

Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ja nein

Können Sie NEIN sagen? ja nein

Haben Sie oft Schuldgefühle? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein

An welchem Körperteil:

- kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?

- ja nein

- ganzer Körper kalte Hände kalte Füße

Welche Auslandsaufenthalte in Übersee hat es gegeben?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar