



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in meiner Naturheilpraxis!

Zu Beginn möchte ich Ihnen einige Gedanken und Richtlinien meiner Naturheilpraxis näher bringen. Die Naturheilkunde ist schnell erklärt: Naturheilkunde ist Hilfe zur Selbsthilfe. Das heißt in meinem Verständnis, dass das Prinzip der Naturheilkunde nicht per se heilen kann, sondern den Organismus dazu anregt, sich selbst zu heilen.

Ich verstehe mich als Begleiterin und Unterstützerin auf Ihrem Heilungsweg, den Sie aber trotz aller Hilfe selbst gehen. Dies setzt voraus, dass der Patient die volle Verantwortung für seine Krankheit, für die Umstände, die zu seiner Krankheit psychisch und physisch geführt haben und vor allem für seine Heilung, übernimmt. Auch bei mir gibt es keine Wunderpillen.

Überlegen Sie bitte einmal selbst, in wie weit sie sich selbst als Opfer der Krankheit und Ihren Lebensumständen sehen. Oder haben Sie selbst einen Einfluss auf das Geschehen. Gibt es Entscheidungen in Ihrem Leben, die Sie treffen müssten, um die Richtung zu ändern?

Wie viel bin ich mir wert, wie viel ist mir meine Gesundheit wert? Bin ich bereit in meinem Leben etwas zu ändern, damit ich gesund werde? Übernehme ich die Verantwortung für meine Heilung? Will ich wirklich gesund werden mit aller Konsequenz? Die Selbstverantwortung zu übernehmen, ist für meine Arbeit mit Ihnen die wichtigste Voraussetzung, damit sich etwas ändern kann.

Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Heilrhythmus und nach der Regulationsfähigkeit Ihres Körpers. Darauf haben wir wenig Einfluss.

Bei einer ganzheitlichen, regulativen Therapie müssen ihre individuellen Ursachen, die zur Entwicklung eines Symptoms oder einer Krankheit geführt haben, berücksichtigt werden. Deshalb ist dieser Fragebogen sehr ausführlich und sollte von Ihnen möglichst genau und mit Zeitangaben ausgefüllt werden.

Ich werde Sie nach meinem besten Wissen unterstützen und begleiten. Sollte dennoch etwas nicht in Ihrem Sinne sein, sagen Sie es, ich bin für jede Form der Anregung offen.

Für eine optimale Vorbereitung bitte ich Sie deswegen im Vorfeld einen ausführlichen Anamnese-Fragebogen ausgefüllt an die Praxis per Mail oder Post zu senden. Dieser ermöglicht Ihnen zu Hause in aller Ruhe meine Fragen zu beantworten.

Wir werden den von Ihnen ausgefüllten Bogen dann miteinander besprechen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit!

# Anamnese - Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ-Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Beruf /Schulklasse \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Weitere Therapeuten/Ärzte \_\_\_\_\_

Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, TK, usw.)

Beihilfe

Private Zusatzversicherung

Private Versicherung, welche?

## Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten knapp beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. (i.d.R. reichen 20 bis max. 30 Minuten)

Wichtig: Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1=sehr gering, 10= extrem stark) und das Jahr des erstmaligen Auftretens; z.B. *Kopfschmerzen 7 1995*

## Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

### Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

## Was ist ihr Wunsch an mich?

---

---

**Bitte bringen Sie Ihre Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel (am besten die jeweilige Tagesdosis), die Sie einnehmen, sowie Laborbefunde und Arztberichte mit und notieren Sie hier die Medikamentennamen, die Sie einnehmen.**

**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, Depressionen, Epilepsie, 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, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Papillomaviren, Schweinegrippe(H1N1) 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, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes, usw.

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika /Kortison behandelt?**

Falls ja, wann, wie lange und welche wurden eingesetzt? \_\_\_\_\_

**Infekte**

Erkältung selten/oft

Fieber oft/selten, nicht mehr seit.....

**Gibt es Allergien?**

z.B. Tierhaare, Hausstaubmilben, Medikamente

Pollen / wann

.....

Nahrungsmittel

.....

## Kopf und Sinnesorgane

---

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja, wie häufig? \_\_\_\_\_, selten,

Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,

morgens, abends

halbseitig - links - rechts – doppelseitig

wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links, von hinten nach vorne

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verbessert: \_\_\_\_\_

Was verschlechtert: \_\_\_\_\_

### Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

### Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Grüner Star Macula-Degeneration, Laser-Therapie usw.

### Ohren

links / rechts /beideitig; Mittelohrentzündung, Schmerzen.....Tinnitus seit ..... Schwerhörigkeit seit ....., andere.....

### Zähne/ Kiefer /Mund

Zahnfleischentzündungen, Aphten, Wurzelbehandelte Zähne, Implantate, tote Zähne

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Zahnfüllmaterialien

O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

### Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Geruchsstörungen, Polypen (OP?, wann?), Absonderungen aus der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich

### Mandeln

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

### Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto-Thyreoiditis, Operation

## Brust und Bauch

---

### Brustdrüse

Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten usw.

### Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass

**Lunge**

Bronchitis, häufig Husten, Lungenentzündungen, Asthma, gestörte Nasenatmung, Luftnot in Ruhe/bei Belastung

**Leber**

Entzündung - Hepatitis , Alkohol wird schlechter vertragen als früher

**Galle**

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen**

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, 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. Brauche viel Toilettenpapier/Toilettenbürste

**Rücken – Arme – Beine - Haut**

---

**Arme**

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Schuler/Arm-Syndrom, Kribbeln, kalte Hände usw.

**Beine**

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden, kalte Füße

**Rücken**

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, HWS,BWS,LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall, Rheuma, usw.

**Haut/Nägel**

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Ekzeme, Akne, Neurodermitis, Schuppenflechte, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Narben, Hautallergien auf (Creme usw.)

---

**Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**

- Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine  
 Nein

**Unterleib**

---

**Gynäkologie**

Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten (Kaiserschnitt, normal) Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

**Menstruation**

Wann war die erste Menses..... wann die letzte .....  
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....  
Klimakterische Beschwerden.....

Sonstige Beschwerden.....  
Nehmen Sie Verhütungsmittel?  
Welche .....

**Prostata**

vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen

**Niere/Blase**

Nierensteine, Blasensteine, Entzündungen – häufig, Harn viel, wenig, häufig, nachts, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach .....

**Bewegungsapparat**

Rheuma, Gelenkbeschwerden, Arthritis, Arthrose, Wirbelsäulenbeschwerden, Ischiasbeschwerden, Bandscheiben-Erkrankungen, Knochenbrüche, sonstige

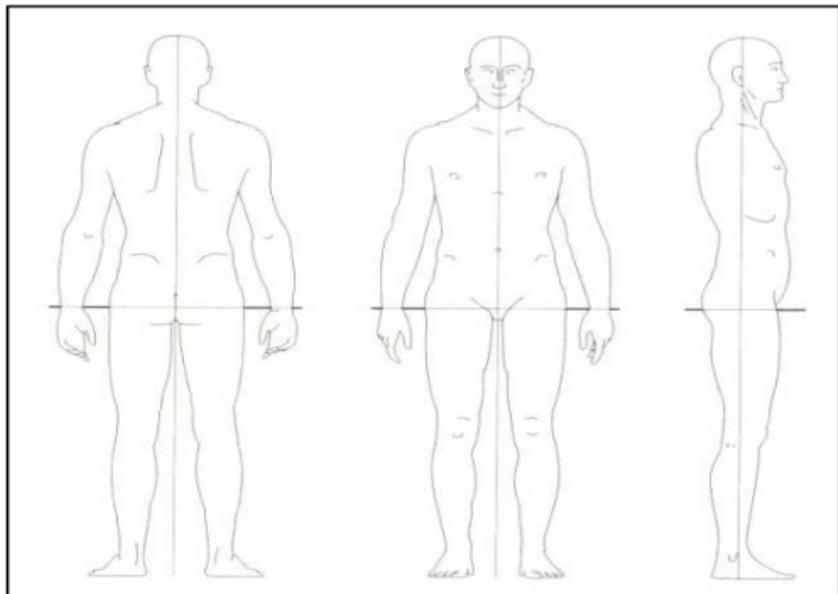
**Schmerzfragen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 .....

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?.....

### **Lymphsystem**

geschwollene Unterschenkel, Arme, Augenlider, Nasenschleimhaut, Lymphknoten, sonstiges \_\_\_\_\_

### **Haben oder hatten Sie folgende Symptome/Krankheiten?**

Zuckerkrankheit(Diabetes), Gicht, Krebserkrankungen, sonstiges.....

### **Allgemeines**

---

Mein aktuelles Körpergewicht.....

Meine Körpergröße .....

Meine Blutgruppe .....

Mein Blutdruck .....

Trinken Sie Alkohol? Nie/selten/regelmäßig/welchen.....wie oft?

Rauchen Sie? Ja/Nein wie viel? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_ wann aufgehört? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch etc.)

Nein/falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol, sonstigem?

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Bitte notieren Sie auch, was Sie zu welcher Uhrzeit in den letzten drei Tagen gegessen haben:

Wie viel Wasser und was trinken Sie pro Tag? .....

Was trinken Sie ansonsten und wieviel? Bitte Kaffee und Energydrinks gesondert  
aufführen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? .....

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? Wie oft und lange? .....

Haben Sie Hobbies? Welche?.....

### **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.....

### **seelisches/psychisches Wohlbefinden**

---

Nervosität, Freudlosigkeit, Nachlassendes Interesse an familiären & gesellschaftlichen Ereignissen, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Einsamkeitsgefühle, Trauer, Zukunftsängste, familiäre Schwierigkeiten, Unzufriedenheit mit bisheriger Tätigkeit/Aufgabe, Unzufriedenheit mit dem Leben, sonstiges.....  
Waren sie schon einmal in psychologischer Behandlung?

### **Chronologie der Krankengeschichte**

---

Bitte erfassen Sie alle knapp bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben, gerne auf der Rückseite weiterschreiben bei Bedarf