

# Anamnese - Fragebogen

Naturheilpraxis Gabriele Stephan \* Cranachstr. 59 \* 12157 Berlin \* 030-53168555  
www.naturheilpraxis-stephan.com \* info@naturheilpraxis-stephan.com

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. beruflich \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

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

Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.), Beihilfe/Post , Privat-Versicherung

## Anleitung:

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus und schicken diesen an  
info@naturheilpraxis-stephan.com.**

**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 mich, 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, Gefäß-  
Krankheiten, 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, usw. Tropenkrankheiten, Tuberkulose

**Gibt es Allergien?**

Pollen / wann

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

Welche?

**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? 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

**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?

Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine

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?

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?

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

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:

*Ich bin zuverlässig für Sie da! Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie bitte Ihren Termin rechtzeitig ab. Alle Termine, die nicht bis 24 Std. vorher telefonisch abgesagt werden, werden in Rechnung gestellt, das gilt auch für das Wochenende.*

*Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, einer medizinisch – wissenschaftlichen Anerkennung der durchgeführten Therapien und Diagnostik oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder privaten Krankenversicherungen, ist die Anspruch genommene Leistung in voller Höhe zu zahlen.*

*In meiner Praxis haben Sie die Möglichkeit der Barzahlung.*

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_