

Anamnese - Fragebogen

Naturheilpraxis Gabriele Stephan * Oehlertplatz 12 * 12169 Berlin * +49 (0)30 85994794
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

_____ , _____
