

Ingeborg Kerschgens
Heilpraktikerin&MTA
Querstraße 2, 25451 Quickborn, Tel.: 04106/6470570

Anamnese –Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Vorname _____ Geburtsdatum _____
Nachname _____ Telefon _____
Straße _____ Beruf _____
PLZ/Ort _____ email _____
Familienstand _____ Versicherung _____

Gewicht _____ Größe _____ Temperatur _____ Blutdruck _____

Puls _____ (Temperatur, Blutdruck und Puls können in der Praxis gemessen werden)

Aktuelle Beschwerden?

wann:

Dauer:

Stärke(auf einer Skala von 1-10, wobei 10 für stärksten Schmerz steht):

Art und Ort:

Beziehung zu Funktionen z.B. Bewegungen:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente usw.

Chronologie der Krankengeschichte

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente bzw. Thrombozyten-Aggregationshemmer ein? (z.B. mit den Handelsnamen Aspirin, ASS, Marcumar, Plavix, Ticlopidin, Clopidogrel)

Andere Medikamente oder/ und Nahrungsergänzungsmittel?

Liegen bei Ihnen angeborene oder erworbene Abwehrschwächen, Autoimmunerkrankungen vor?
oder _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (Z.B. Hepatitis, Tbc, Aids)
oder _____

Gibt es Allergien?

Pollen / wann _____

Nahrungsmittel _____

Andere Allergien _____

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Besonderheiten in der Schwangerschaft / bei Ihrer Geburt:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.
z.B. Krebs, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Asthma, Multiple Sklerose, Allergien, Schlaganfall, Neurodermitis, Migräne, Selbstmord, Geisteskrankheiten, Diabetes, Rheuma, Steinleiden, Gicht.

Belastungen am Arbeitsplatz/ Wohnort

z.B. Lärm, Staub, Hitze, Chemikalien, Sonstiges

Trinken Sie Alkohol? [] Nein; [] Ja.

Rauchen Sie? [] Nein; [] Ja, seit wann _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Essensunverträglichkeit / Abneigung

Was und wie viel Liter trinken Sie pro Tag?

Treiben Sie Sport? [] Nein; [] Ja; welchen?

Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen oder Einschränkungen an den einzelnen Organen an.

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Grüner Star,
andere _____

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelt, seit wann _____

Ohren

Ohrgeräusche (Tinnitus) seit

Schwerhörigkeit seit

Andere Beschwerden _____

Zähne, Kiefer

Beschwerden _____

Zahnfüllmaterial [] Amalgam, [] Kunststoff, [] Gold, [] Keramik

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Polypen, behinderte Nasenatmung

Mandeln

Operationen, häufig Mandelentzündung als Kind / heute

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation.

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen

Rhythmusstörungen, andere Beschwerden _____

Lunge

Bronchitis, häufig Husten , Auswurf ,andere Beschwerden _____

Galle

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Magenspiegelung, wann

Operation, Geschwür, andere Beschwerden _____

Darm

Infektionen, chron. Darmerkrankung, Operationen, Blähungen

Hämorrhoidenblutungen, andere Beschwerden _____

Stuhlgang

täglich, jeden 2.3.4.Tag, Verstopfung, Durchfall, hell-dunkel-pastenförmig, hart-
weich-übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden,
Stuhlgang wechselhaft, Blutbeimischungen od. -auflagerungen

Arme / Beine

Verletzungen, Operationen; Krampfadern, Kribbeln, kalte Hände / Füße

Schmerzen, Taubheitsgefühl, eingeschränkte Beweglichkeit

Rücken

Verspannungen, Schmerzen, Operationen, Bandscheibenvorfall, eingeschränkte
Beweglichkeit

Haut / Nägel

Verbrennungen, Geschwüre, Juckreiz, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel,
Nagelbettentzündungen, andere

Narben

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

[] Nein; [] Ja;

Gynäkologie

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Zysten, Myome, andere

Geburten

Fehlgeburten

Menses

Wann war die erste Menses _____

wann die letzte _____

Beschwerden vor-nach-während der Regel, welche _____

Blutung außerhalb der Regel

Klimakterische Beschwerden

Menopause mit Jahren

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche _____

Prostata

Vergrößert, Operation, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen, andere Beschwerden _____

Harn

viel, wenig, nachts, kann nicht gehalten werden, häufig, Farbe

Sexualität

vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim

Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße-kalte Füße,

Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____, übliches Aufstehen _____

Welche Impfungen bzw. Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?

z.B. Polio, Tetanus, Hepatitis, FSME (Zecken), Diphtherie, Tuberkulose, Grippe, Masern, Mumps, Röteln

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Hautausschläge, andere _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie Durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Tetanus, Kinderlähmung
Malaria, Tuberkulose, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber,
Geschlechtskrankheiten , andere

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja,: häufig, selten, Stirn-Augen-Hinterkopfreion,
morgens, abends, halbseitig-links-rechts-doppelseitig, im Zusammenhang mit

Befinden Sie sich z.Zt. in ärztlicher Behandlung? _____

Hausarzt _____

Facharzt _____

Was erwarten Sie von der heilpraktischen Behandlung?

Zusätzliche, eigene Angaben

