



„Gesundheit erhalten und Krankheiten schonend behandeln“

Anamnese-Fragebogen

Gesundheitspraxis Berlin . Heilpraktikerin Renata Pelizaeus . Riehlstr. 2 . 14057 Berlin . Telefon: 030 - 3260 3676

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Familienstand	_____
Straße	_____	Beruf	_____
PLZ Ort	_____	E-Mail	_____
Tel. privat	_____	Fax	_____
Tel. geschäftl.	_____		_____

Versicherung:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Gesetzlich (AOK, DAK usw.) | <input type="radio"/> Beihilfe |
| <input type="radio"/> Private Zusatzversicherung | <input type="radio"/> Privat-Versicherung |

Anleitung

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

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

(3 Haupterkrankungen/Beschwerden) Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

- 1.
- 2.
- 3.

Was ist Ihr Hauptanliegen und Ihr Wunsch an uns?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis

Brust - Bauch - Rücken

Brustdrüse	Beschwerden, Operationen
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. Tag, unregelmäßig, riecht nach _____ Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig Kann Stuhl nicht halten; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft Brauche viel Papier/Toilettenbürste
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____
Rücken	Schmerzen, Hexenschuß, Ischias, Skoliose usw.

Arme - Beine - Rücken - Bauch

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut/Nägel	Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
Allergien auf:	(Creme, Nickel etc): _____

Gynäkologischer Bereich

Gynäkolog.	Ausfluss keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten: _____ Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.
Menses	Wann war die allererste Menses _____ wann die letzte _____ Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun _____ Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange _____ Abstand der Regelblutungen _____ Beschwerden vor - nach - während der Regel, welche _____ Zwischenblutungen _____ Klimakterische Beschwerden _____ Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche _____ Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? _____
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Impfungen Infektionskrankheiten

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenza (HIB)
Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, _____

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, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, _____

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig
wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, sonstige Beschwerden: _____

Ohren links, rechts, beidseitig Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen

Zähne/Kiefer

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Häufige Zahnarztbesuche Ja Nein

Beschwerden bei der Zahnung Ja Nein

Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Ja Nein

Gibt es wurzelbehandelte Zähne Ja Nein

Gibt es tote Zähne Ja Nein

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt Ja Nein

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt Ja Nein

Womit wurde ausgeleitet: _____

Knackt/knirscht/schmerzt das Kiefergelenk (li / re, Geräusche), Aufbißschiene?

Zahnfüllmaterialien Amalgam Gold Kunststoff Keramik

Nase

Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf: _____

Behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderungen der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlaflage Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt

Träume schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich

Ernährung Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
Allergien auf: _____
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
Falls ja, welche? _____

Trinken wie viel trinken Sie pro Tag? _____ Liter
Was trinken Sie? _____

Benutzen Sie weißen Zucker im Haushalt? Ja Nein

Benutzen Sie Kochsalz im Haushalt? Ja Nein

Benutzen Sie ein Handy/schnurloses Telefon? Ja Nein

Was für Haustiere haben Sie? _____ Zeckenbiss? Wann: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Chronologie der Krankengeschichte

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