

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.
Die Fragen können Sie durch ankreuzen, oder auch mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname

Name

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Land

Geburtstag

Geburtsort

Geburtszeit

Körpergewicht/Größe

Beruf

Telefon/Fax

Mobil

Mail

1 Beschwerden

Leiden Sie unter akuten Beschwerden? Wenn ja, welche? Ja Nein

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.
Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

	Seit:	Intensität (1-10):
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie bereits Behandlungen gegen die Beschwerden bekommen? Ja Nein

Wenn ja, Welche?

Haben Sie aufgrund dieser Beschwerden bereits Ärzte, Kliniken oder Heilpraktiker aufgesucht? Ja Nein

Wenn ja, Wie viele/Welche?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden eines der folgenden Ereignisse?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bezeichnung:	Seit:	Tägliche Dosis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

2 Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? Ja Nein

Wenn ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen? Ja Nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten oder anderen Infekten? Ja Nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Gefäßberkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
(Diabetes Mellitus) | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | | <input type="checkbox"/> andere: |

3 Impfungen

Haben Sie Impfungen erhalten? Wenn ja, Welche? Ja Nein

- | | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> HiB | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | (Humanes Papilloma Virus) |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | (Haemophilus influenzae B) | <input type="checkbox"/> Cholera | |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> andere: |

Gab es Reaktionen auf diese Impfungen?

- Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit Verhaltensveränderungen

4 Emotionales

- | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Reagieren Sie empfindlich auf Wärme, z.B. im Sommer? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie berührungsempfindlich? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Mögen Sie enge Räume (z.B. Fahrstühle)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leiden Sie an Konzentrationsschwäche? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fühlen Sie sich müde und erschöpft? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie leicht reizbar? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie vermehrt Ängste / Schuldgefühle / Konflikte? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schwitzen Sie leicht? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schwitzen Sie nachts? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja, an welchem Körperteil:

kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? Ja Nein

Haben Sie oft kalte Hände oder kalte Füße? Ja Nein

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut gut mäßig schlecht

Haben Sie eine/n Partner/in? Ja Nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer/m Partner/in?

sehr gut gut mäßig schlecht

Würden Sie sich als glücklich bezeichnen? Ja Nein

5 Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich? Liter

Was trinken Sie bevorzugt?

Welche dieser Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Kuchen Eier Zucker Nüsse

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

süß sauer pikant bitter salzig scharf Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Ablehnung gegen

süß sauer pikant bitter salzig scharf Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Bekannte Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Wurden Sie gestillt? Ja Nein
- War Ihre Geburt eine Natürliche? Ja Nein
- Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern? Ja Nein

6 Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden? Ja Nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe | <input type="checkbox"/> Antiquitäten / Holzschutzmittel |
| <input type="checkbox"/> Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe | <input type="checkbox"/> Teppichböden |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe | <input type="checkbox"/> Mikrowelle vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung | |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone / Internet | <input type="checkbox"/> Wasserbett |
| <input type="checkbox"/> elektrische Geräte im Standby-Modus | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

Wie ist Ihr Schlaf?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um ca. <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen. Wie oft: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> heiße Füße |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> lebhaftere Träume |

Schlaflage

- Bauch Rücken Links Rechts Sitzend Kniend Zusammengerollt

7 Kopf • Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wenn ja: Ja Nein

- | | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Häufig | <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links |
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion | <input type="checkbox"/> halbseitig | <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts |
| <input type="checkbox"/> Hinterhauptregion | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> doppelseitig |

Auslöser der Kopfschmerzen, wenn bekannt:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

Leiden Sie unter Haarausfall? Wenn ja:

Ja Nein

Kreisrund Vereinzelt Seit: Wochen Monaten Jahren

Augen

Häufige Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig Grüner Star Grauer Star

sonstige Beschwerden:

Brille seit (Jahr): Dioptrien:

Ohren

Schmerzen links Häufige Mittelohrentzündungen Ohrendruck
 Schmerzen rechts schwerhörig
 beidseitig Ohrengeräusche

Zähne / Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche Tote Zähne
 Beschwerden bei der Zahnung Empfindliche Zähne auf:
 Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne heiß kalt sauer süß
 Wurzelbehandelte Zähne

Besitzen Sie Zahnfüllungen? Wenn ja, aus welchen Materialien:

Ja Nein

Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium

andere:

Wurden bei Ihnen bereits Amalgamfüllungen entfernt?

Ja Nein

Nase

Operationen Absonderungen:
 Heuschnupfen wässrig schleimig
 behinderte Nasenatmung eitrig grünlich
 Nase verstopft häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Bekannte Allergien auf:

Mandeln

Operation häufige Mandelentzündungen:
 als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion Vergrößerung
- Unterfunktion Operation
- andere bekannte Erkrankung der Schilddrüse:

8 Brust • Bauch • Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden Operationen

Herz

- Beschwerden Infarkt Angina pectoris
- Stechen Beklemmung
- Druckgefühl Rhythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis häufig Husten Atemnot

Leber

- Entzündungen Hepatitis

Galle

- Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien

Rücken

- Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose

Niere / Blase

- Nierensteine Entzündungen häufig:

Harn

- viel häufig
- wenig kann nicht halten

Geruch nach:

Darm

- Infektionen Blinddarmoperation
- Hämorrhoiden Blähungen

Geruch nach:

Stuhlgang

- täglich jeden 2. Tag unregelmäßig Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall

Geruch nach:

Konsistenz des Stuhls

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hell | <input type="checkbox"/> hart | <input type="checkbox"/> schmierig | <input type="checkbox"/> Gefühl nicht fertig zu werden |
| <input type="checkbox"/> dunkel | <input type="checkbox"/> knollig | <input type="checkbox"/> pastenartig | |
| <input type="checkbox"/> übelriechend | <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht halten | |

9 Arm • Beine • Rücken • Haut

Arme

- Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen Kribbeln kalte Hände

Beine

- Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Haut/Nägel

- | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbrennungen | <input type="checkbox"/> Hautjucken | <input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel |
| <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Pilze | <input type="checkbox"/> Allergien auf: |

10 Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- | | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Ausschabungen | <input type="checkbox"/> Abtreibungen | <input type="checkbox"/> Myome |
| <input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| | <input type="checkbox"/> Geburten, Anzahl: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Zysten | |

Ausfluss:

- keinen stark weiß gelb wund machend färbt die Wäsche

Menses

Wann war die erste Menses? Wann die Letzte?

Blutungen sind

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hell | <input type="checkbox"/> klumpig | <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| <input type="checkbox"/> dunkel | <input type="checkbox"/> braun | <input type="checkbox"/> unregelmäßig |

Prostata

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vergrößert | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |

Sexualität

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> unbefriedigt |
| <input type="checkbox"/> verstärkt | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr |

11 Strahlenbelastung

Nutzen Sie ein Mobiltelefon (Handy)?

Ja Nein

Wenn Ja: Wie viele Minuten telefonieren Sie täglich damit?

Pro Tag ca. Minuten

Seit: Monaten / Jahren. Mit Ohne Headset Gemischt

Es ist ca. Minuten am Tag eingeschaltet / Durchgehend eingeschaltet

Wo tragen Sie es?

Besitzen Sie ein DECT-Telefon (schnurloses Festnetztelefon)

Ja Nein

Wenn Ja:

Wie viele Minuten telefonieren Sie täglich damit?

Pro Tag ca. Minuten

Seit: Monaten / Jahren. Mit Ohne Headset Gemischt

Welches Modell benutzen Sie?

Besitzen Sie einen W-Lan Anschluss (kabelloses Internet)?

Ja Nein

Wenn Ja:

Wie viele Minuten arbeiten Sie täglich damit?

Pro Tag ca. Minuten

Seit: Monaten / Jahren.

Es ist ca. Minuten am Tag eingeschaltet / Durchgehend eingeschaltet

Bahn

Wie weit wohnen Sie von der nächsten (S-)Bahn Linie entfernt? Ca. km

Funkmast

Wie weit ist der nächste Funkmast oder eine andere Strahlenquelle (z.B. Radar, etc.) entfernt? ca. km

Seit wann wohnen Sie in dieser Nähe? Wochen Monaten Jahren

Platz für weitere Informationen:

Ich stimme zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden kann.

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten