

Praxis für Naturheilkunde
Sonja Carstensen-Plath
Brückenstraße 27
25821 Breklum
Tel.(04671/942504)



Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____

Anschrift _____

Telefon/Fax _____

Anleitung

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

Unter welchen Beschwerden leiden Sie ?

z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, wie, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw.

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, Steinkrankheiten, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte
Neurodermitis usw.

Welche Impfungen haben sie bekommen ?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hämophilus
influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Cholera, Gelbfieber, Hepatitis,
Pocken, Grippe.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen ?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Bauch-Brust-Rücken

Brustdrüse	Beschwerden, Operationen
Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten
Leber	Entzündung-Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien.....
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperationen, Blähungen-Geruch
Stuhlgang	täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach..... Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden usw.
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen-häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....
Rücken	Schmerzen, Hexenschuß, Ischias, Skoliose, Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma usw.

Arme- Beine

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Gynäkologischer Bereich

Gynäkolog.	Ausfluß -keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündung, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten....., Abtreibungen, Tumore, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
Menses	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.....
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Sexualität	vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Haut/Nägel Verbrennungen, Narben, Geschwüre Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
Allergien auf:.....

Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, 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

Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Alkohol,

Allergien auf:.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien ?

Falls ja, welche?.....

Sonstiges	Wie vertragen Sie Sonne?	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Schlecht
	Reagieren Sie auf den Mond?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Vertragen Sie Temperaturwechsel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wo fühlen Sie sich wohler?	<input type="radio"/> Gebirge	<input type="radio"/> See
	Sind Sie berührungsempfindlich?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Beeinträchtigt ein geschlossener Kragen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Beeinträchtigt ein enger Gürtel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Weinen Sie leicht?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Lassen Sie sich leicht trösten? <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
	Mögen Sie enge Räume-Fahrstühle usw.?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Sind Sie gern allein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Mangelnde Konzentration	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Reizbarkeit verstärkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Sind Sie wetterempfindlich?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	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

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Chronologische Krankengeschichte (bitte Extrablatt nehmen)

Bitte erfassen Sie noch einmal chronologisch alle durchgemachten Erkrankungen. Dazu gehören auch die Kinderkrankheiten, Unfälle, Verletzungen, Erkältungen, Zahnbehandlungen und Impfungen. Diese Angaben sind sehr wichtig, insbesondere die zeitliche Folge.