Anamnese Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Strasse: _____ Tel. gesch.: _____

PLZ – Ort: _____ FAX: _____

Hausarzt: _____ E-Mail: _____

Versicherung: O Gesetzlich (AOK, DAK, usw.) O Beihilfe
O Private Zusatzversicherung

Beruf / Schulklasse:_____

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

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 genügend Zeit.
Wichtig !!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z. Bsp. `94).

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 Hauptbeschwerden)
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

⇒ Bitte bringen Sie Medikamente, (am besten die jeweilige Tagesdosis) die eingenommen werden, sowie evtl. eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit

Elke Kaminski
Heilpraktikerin
Rappstraße 2 I 20146 Hamburg
tel 0049 40 420 48 24
eke2002@gmx.de

Frühere naturheilkundliche Behandlungen

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?
z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw. ....

Frühere Erkrankungen (Beiblatt 1)

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister) (Beiblatt 1)
z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.
z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haomophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?
z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes usw.

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?
Falls ja, welche wurden eingesetzt?

.....

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
wie häufig? ....., selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,
morgens, abends
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen: .....

Was verbessert: .....

Was verschlechtert: .....

Konzentration Gedächtnis

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann .....

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makula-Degeneration, Lasertherapie etc.

Ohren: links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

Elke Kaminski
Heilpraktikerin
Rappstraße 2 I 20146 Hamburg
tel 0049 40 420 48 24
eke2002@gmx.de

Zunge: Belag: weißlich - gelblich - rot
geschwollen - Zahnabdrücke - Risse - Risse in der Mitte

Zähne/Kiefer: - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	O Ja	O Nein	
Weisheitszähne gezogen	O Ja	O Nein	welche? .....
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	O Ja	O Nein	welche? .....
Zahnfleischblutung	O Ja	O Nein	
Gibt es tote Zähne	O Ja	O Nein	welche? .....
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	O Ja	O Nein	welche? .....
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	O Ja	O Nein	wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	O Ja	O Nein	

Womit wurde ausgeleitet? .....

Zahnfüllmaterialien aktuell:
O Amalgam O Gold O Kunststoff O Keramik O Implantate

Nase: Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf: .....
Nasiobalfalte - ausgeprägt - keine Nasenspitze: gerötet - blass -fleischig - Gefäßzeichnung, gespalten

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrösserung, Operation, Hashimoto

BRUST / BAUCH:

Brustdrüse: Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass

Blutdruck: Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: .....

Lunge: Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung, Rauchen

Leber: Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Galle: Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Unverträglichkeiten KH Milchprodukte andere

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen
Diabetis

Darm: Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch, ...

Stuhlgang: täglich, ca. jeden 2./3./4. .... Tag, unregelmäßig, riecht nach .....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., Brauche viel Papier / Toilettenbürste

Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/links, Reizblase

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach
Tägliche Trinkmenge

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden

Elke Kaminski
Heilpraktikerin
Rappstraße 2 I 20146 Hamburg
tel 0049 40 420 48 24
eke2002@gmx.de

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

Haut / Nägel: Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme

Hautallergien auf (Creme etc.): .....

♀ BEREICH

Gynäkolog.: Ausfluss – keinen, stark, weiss, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl:.....
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.

Menses: Wann war die erste 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: ..... seit wann? .....
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? .....

♂ BEREICH

Prostata: Vergrössert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? .....

ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben? **Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung Auch kleine eintragen**

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: ..... Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heisse Füsse, Zähneknirschen

Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten: ..... wie häufig? .....

Elke Kaminski
Heilpraktikerin
Rappstraße 2 I 20146 Hamburg
tel 0049 40 420 48 24
eke2002@gmx.de

ALLGEMEINES

Belastungen Umfeld:

Tagesschwankungen

Lebensgefühl

Modalitäten:
Kälte Wärme
Bewegung Ruhe

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol
Allergien auf .....
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)
Nein / falls ja, welche?

Rauchen: ja / nein wie viele .....

Alkohol: wie häufig? ..... was .....

Trinken: Wieviel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? ..... Liter

Haustiere: Haben oder hatten Sie Haustiere?

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT Telefone?

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zur Zeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht) .....

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10) .....

Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)
Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben

(siehe Beiblatt 1)

Elke Kaminski
Heilpraktikerin
Rappstraße 2 I 20146 Hamburg
tel 0049 40 420 48 24
eke2002@gmx.de