

Anamnese Fragebogen

Naturheilpraxis Salvida * Heilpraktikerin Nicole Bruhn * www.salvida.de * info@salvida.de

Name..... Geburtstag.....
Vorname..... Tel. privat.....
Straße..... Tel. mobil.....
PLZ/Ort..... FAX.....
Beruf..... E-Mail.....
Familienstand/Kinder.....

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Private Versicherung

Private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?.....

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.

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

Sie können, sollte der Platz nicht ausreichen, die Rückseite benutzen.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptbeschwerden)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

Was möchten Sie mit einer naturheilkundlichen Behandlung erreichen, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

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

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, HIB, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

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, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung usw.

Gibt es Allergien?

Pollen/Tierhaare usw. / wann.....

Nahrungsmittel.....

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?.....

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?.....

Falls ja, wie häufig, selten?

morgens, abends

Stirn-, Augen-, Schläfen-, Hinterhauptregion

halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Haare: Haarausfall: kreisrunder, vereinzelter, seit wann?

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

Ohren: links / rechts /beidseitig Tinnitus seit Schwerhörigkeit seit

Zähne / Kiefer

Erfolgte Zahnbehandlungen aktuell im Mundraum

Amalgam Kunststoff Gold Keramik wurzelbehandelte Zähne Implantate

Zahnbehandlungen in der Vergangenheit, Material bzw. Zahn entfernt

Amalgam Kunststoff Gold Keramik wurzelbehandelte Zähne Implantate

Gibt es tote Zähne? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein / wann?.....

Nase: Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

BRUST UND BAUCH

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

Lunge: Bronchitis, häufig Husten

Leber: Entzündung - Hepatitis

Galle: Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, häufig Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2., 3., 4. Tag, sehr unregelmäßig

Neigung zur Verstopfung / Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel

übel riechend?

Konsistenz: schnittfest, weich, schmierig, hart, knollig

Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen häufig, Stechen im Rücken, Reizblase

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

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

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

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen oberer / unterer Rücken, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

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

FRAU

Klimakterische Beschwerden, seit wann?

Brust: Operation, Knoten, Zysten

Unterleib: Ausfluss, häufige Pilzinfektionen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, positiver PAP Test, Genitalherpes, Geschlechtskrankheiten

Wann war die erste Regel.....wann die letzte?.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche?.....

Zykluslänge.....regelmäßig? Zwischenblutungen?.....

Sexualität: Libido / Beschwerden beim Geschlechtsverkehr.....

Verhütungsmittel: welche, seit wann?.....

MANN

Prostata: vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Sexualität: Libido / Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

ALLGEMEINES

Narben: Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? Tätowierungen, Piercings?

0 Ja, auch kleine mit Jahreszahl der Entstehung eintragen.....

.....

.....

.....

0 Nein

