



# Naturheilpraxis

Kerrin Olufs | Bardowick

## Anamnese - Fragebogen für Erwachsene

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Mobil	_____
PLZ – Ort	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____	Familienstand	_____
		Kinder	_____

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren? \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)       Zusatzversicherung       Privat-Versicherung  
 Beihilfe/Post      Name Versicherung: \_\_\_\_\_

---

**Bitte unterstreichen Sie die Beispiele, sofern sie zutreffen oder antworten Sie in eigenen Worten.  
Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit.**

**Was ist Ihr Wunsch an die Behandlung? Was ist Ihr Ziel?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

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

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.**  
Krebs, Tuberkulose, psychische Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, sonstiges:

## Immunsystem

---

### Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, sonstige:

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, sonstige:

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, sonstige:

**Haben Sie Heuschnupfen?**       Ja    Nein      wann?.....

Welche Pollen?.....

Symptome?.....

**Haben Sie Allergien?**       Ja    Nein      welche? .....

Symptome?.....

**Haben Sie Unverträglichkeiten?**    Ja    Nein      welche?.....

Symptome?.....

## Kopf – Hals

---

### Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, morgens, abends, Stirn, Augen, Schläfen, Hinterhauptregion, halbseitig, eher links, eher rechts, doppelseitig, anders:

Auslöser: witterungsabhängig, zyklusabhängig, sonstiges:.....

Was verbessert?.....was verschlechtert? .....

**Haare**      Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? .....

**Augen**      Bindehautentzündung, trockene Augen, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Glaukom, Macular-degeneration, sonstiges:

**Ohren**      Tinnitus seit ..... Schwerhörigkeit seit ..... Hörsturz wann?.....Seite: links/rechts

<b>Zähne/ Kiefer</b>	Haben Sie tote Zähne? (gezogene Wurzel)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Haben Sie häufig Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Zahnfüllmaterialien**    Amalgam    Kunststoff    Gold    Keramik    Titan    Palladium    Prothese

**Mund**      wiederkehrende Aphten, Parodontitis, Zungenbrennen, Mundgeruch, Geschmack nach.....

**Nase**      chronischer Schnupfen, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Operation, Absonderung: wässrig, schleimig, eitrig, grünlich

**Mandeln**      Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse**      Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten: heiße/kalte, Operation, sonstiges:

**Nerven/Gehirn**      Schlaganfall, Multiple sklerose, Herpes, Gürtelrose, Nervenverletzung, Neuroborreliose

## Brust – Bauch – Darm

---

<b>Brustdrüse</b>	Beschwerden, Zysten, Operation, sonstiges:.....
<b>Herz</b>	Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Infarkt, sonstiges:.....
<b>Lunge</b>	Bronchitis, häufig Husten, Asthma, Auswurf, Farbe:.....sonstiges:.....
<b>Magen</b>	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, sonstiges:.....
<b>Milz/Bauchspeicheldrüse</b>	Diabetes Typ I, Diabetes mellitus, Operation, vergrößert, chronische Entzündung
<b>Galle</b>	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
<b>Leber</b>	Fettleber, Entzündung, Hepatitis, Zysten
<b>Darm</b>	Infektionen, häufige Antibiotikaeinnahmen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Bauchschmerzen, M.Chron, Colitis Ulcerosa, Anomalie, Zustand nach OP.....
<b>Stuhlgang</b>	Frequenz: täglich, jeden 2.3.4. Tag, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall Konsistenz: hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, wechselhaft, schnittfest ;-) Farbe etc.: hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden

## Rücken - Arme - Beine - Haut

---

<b>Arme</b>	Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände, Verletzung:.....
<b>Beine/Füße</b>	Schmerzen, Kribbeln, Krampfadern, Operationen, Taubheitsgefühl, kalte Füße, geschwollene Beine, Verletzung: .....
<b>Rücken</b>	eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma, Operationen, Schmerzen, Skoliose, Bandscheibenvorfall - wo? .....Verletzung:.....
<b>Haut/Nägel</b>	Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Akne, Neigung zu Abszessen /Furunkeln, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen Betroffene Stellen:.....
<b>Narben</b>	<b>Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?</b> 0 Ja – bitte beim Besuch zeigen 0 Nein

## Unterleib - Gynäkologie - Sexualität

---

<b>Gynäkologie</b>	Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Abtreibungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Neigung zu vaginalen Pilzen, Sterilisation, auffälliger PAP-Abstrich:..... Ausfluss: Farbe?/ riechend? ....., Senkungsbeschwerden, trockene Vaginalschleimhäute, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Entfernung von: Gebärmutter/ Eierstöcke, sonstiges:
<b>Menstruation</b>	Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung?.....Wann war die letzte Regelblutung?..... Haben sie einen regelmäßigen Zyklus? 0 Ja 0 Nein Wie viel Tage hat Ihr Zyklus? .....
	Haben Sie Zwischenblutungen? 0 Ja 0 Nein Wie stark ist Ihre Blutung: 0 schwach 0 normal 0 stark
	Haben Sie Beschwerden vor, nach oder während der Regel? Welche?..... Wechseljahrsbeschwerden:.....
<b>Nehmen Sie Verhütungsmittel / Hormone ein? Welche</b>	.....

**Schwangerschaft/en und Geburt/en**                      Geburtstage Ihrer Kinder:.....  
 Wehenhemmer, Wehenförderer, Probleme beim Stillen, Wochenbettdepression  
 sonstiges:

**Prostata**                      vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operation

**Niere/Blase**                      Nierensteine, Entzündungen - häufig

**Harn**                      viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

**Sexualität**                      😊 😐 😞  
 vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, Erektionsstörung,  
 Ejakulationsstörungen

**Schmerzen**

**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen

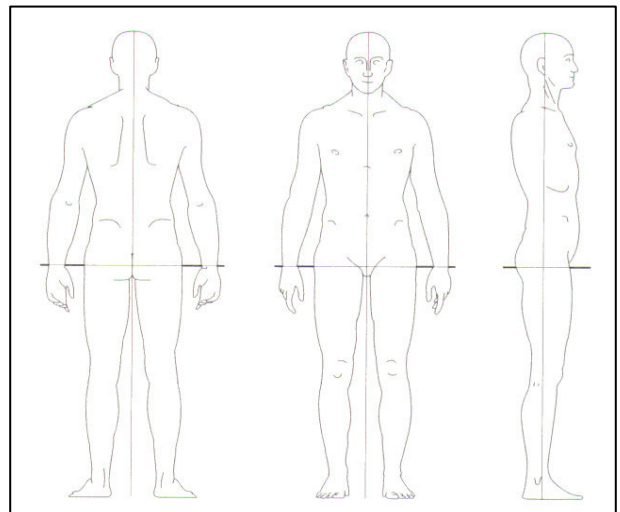
- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz

**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 schwach                      mittel                      sehr stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?**

.....



**Gab es ein auslösendes Ereignis?** .....

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?** immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?** ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kribbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

**Was verschlimmert?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress  
 Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit .....

**Was verbessert?** Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub,  
 sonstiges:.....

**Begleitende Symptome?** Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,  
 Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,  
 Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung,  
 sonstiges .....

**Bisherige Schmerzbehandlung?** .....

**Hatten Sie einmal einen Zeckenbiss?** 0 Ja    0 Nein    **Hatten Sie einmal Borreliose?** 0 Ja    0 Nein  
**Wenn Ja - Wie wurden Sie behandelt?**

.....

**allgemein - emotional – Schlaf**

---

Ihr aktuelles Körpergewicht ..... Ihre Körpergröße .....

Ihre Blutgruppe ..... Ihr Blutdruck .....

Trinken Sie Alkohol? ..... Rauchen Sie? .....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? .....

Wie viel und was trinken Sie pro Tag? .....

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? .....

Treiben Sie Sport? Welchen? .....

Beruf: 😊 😐 😞                      Lebensumstände: 😊 😐 😞                      Erläuterung:.....

.....

Möchten Sie etwas an Ihrem Alltag ändern? Wenn ja, was genau?.....

.....

**Psyche**                      Essstörungen, Depressionen, innere Anspannung, Erschöpfung,  
sonstiges:

**Schlaf**                      Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Einschlafschwierigkeiten, Sprechen im  
Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schnarchen, Apnoe

**Schlafzeit**                      übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen.....

---

**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?**

.....

---

**Chronologie der Krankengeschichte**

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