NATURHEILPRAXIS
KERRIN OLUFS

Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Telefon _____

Straße _____ E-Mail _____

PLZ – Ort _____ Familienstand _____

Beruf _____ Kinder _____

Name der Versicherung _____

☐ Gesetzlich (z.B. AOK, DAK)
☐ Zusatzversicherung
☐ Privatversicherung
☐ Beihilfe

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren _____

Bitte kreuzen sie zutreffenden an oder antworten Sie in eigenen Worten.

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

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

☐ Erkrankung
☐ Kummer
☐ Trauer
☐ Schreck
☐ Operation
☐ Hautausschläge
☐ Medikamente
☐ sonstiges:

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

☐ Krebs
☐ Tuberkulose
☐ Geschlechtserkrankung
☐ Psych. Erkrankung, Selbstm
☐ Hauterkrankung
☐ sonstiges:
☐ Herzerkrankung
☐ Gefäßerkrankung
☐ Schlaganfall
☐ Zuckererkrankung
☐ Asthma
☐ Rheuma oder Gicht
☐ Steinleiden (Niere, Galle)
☐ Allergie
☐ Migräne
☐ Multiple sklerose

Immunsystem

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- ☐ Tuberkulose (BCG)
- ☐ Poli (Kinderlähmung)
- ☐ Diphterie
- ☐ Tetanus
- ☐ Hepatitis
- ☐ Cholera
- ☐ Corona
- ☐ Gelbfieber
- ☐ Pocken
- ☐ Grippe
- ☐ FSME
- ☐ Gürtelrose
- ☐ Masern
- ☐ Windpocken
- ☐ HPV
- ☐ sonstige

Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber
- ☐ Krämpfe
- ☐ Unruhe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderung
- ☐ Herzsymptome
- ☐ sonstige:

Durchgemachte Infektionskrankheiten

- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Windpocken
- ☐ Scharlach
- ☐ Tetanus
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Malaria
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Pfeiffrisches Drüsenfieber
- ☐ Salmonellen
- ☐ Borreliose
- ☐ Ruhr
- ☐ Gonorrhöe
- ☐ Syphilis
- ☐ Tropenkrankheiten
- ☐ Corona
- ☐ sonstige:

Haben Sie Heuschnupfen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
  Wann?
- ☐ Symptome?

Haben Sie Allergien?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
  Wogegen?
- ☐ Symptome?

Haben Sie Unverträglichkeiten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
  Welche?
- ☐ Symptome?

Hals - Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- ☐ häufig
- ☐ selten
- ☐ Migräne
- ☐ morgens
- ☐ abends
- ☐ Stirn
- ☐ Augen
- ☐ Schläfen
- ☐ Hinterhauptregion
- ☐ Halbseitig
- ☐ Eher links
- ☐ Eher rechts
- ☐ Doppelseitig
- ☐ anders:
- ☐ witterungsabhängig
- ☐ zyklusabhängig
- ☐ stressbedingt
- ☐ Was verbessert?
- ☐ Was verschlechtert?

Haare

- ☐ Haarausfall
- ☐ Vereinzelt
- ☐ Kreisrund
- ☐ Seit wann?

Augen

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ Trockene Augen
- ☐ Kurzsichtig
- ☐ Weitsichtig
- ☐ Grauer Star
- ☐ Glaukom
- ☐ Maculadegeneration
- ☐ sonstige:

Ohren

- ☐ Tinnitus - links/rechts
  Seit wann?
- ☐ Schwerhörigkeit - links/rechts
  Seit wann?
- ☐ Hörsturz – links/rechts
  Wann?

Mund

- ☐ Wiederkehrende Bläschen
- ☐ Parodontitis
- ☐ Zungenbrennen
- ☐ Mundgeruch
- ☐ Geschmack nach:

Mandeln

- ☐ Operation
- ☐ oft Mandelentzündungen
- ☐ als Kind oder heute

Nase

- ☐ Chron. Schnupfen
- ☐ häufige Nebenhöhlenentzündung
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Operation
- ☐ Absonderungen: wässrig, eitrig, grünlich

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion
- ☐ Unterfunktion
- ☐ Hashimoto
- ☐ Vergrößerung
- ☐ Knoten – heiße / kalte
- ☐ Operationen
- ☐ sonstige:

Nerven/Gehirn

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Multiple sklerose
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herpes
- ☐ Gürtelrose
- ☐ Nervenverletzung
- ☐ sonstige:

Zähne/ Kiefer
- ☐ Spange
- ☐ Knirschschiene
- ☐ tote / wurzelbehandelte Zähne
- ☐ häufig Zahnschmerzen
- ☐ Amalgamfüllungen entfernt
  mit Ausleitung / ohne Ausleitung

Zahn- / Füllmaterialien
- ☐ Amalgam
- ☐ Gold
- ☐ Titan
- ☐ Kunststoff
- ☐ Keramik
- ☐ sonstige:

Zahnersatz
- ☐ Implantat
- ☐ Brücke
- ☐ Kronen
- ☐ Prothese

Brust – Bauch – Darm

Brustdrüse
- ☐ Zysten
- ☐ Operationen
- ☐ Brustspannen
- ☐ sonstiges:

Herz
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Beklemmungen
- ☐ Rythmusstörung
- ☐ Infarkt
- ☐ Stents
- ☐ sonstiges:

Lunge
- ☐ oft Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Asthma
- ☐ Auswurf
  Farbe:

Magen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Gastritis
- ☐ sonstiges:

Milz/Bauchspeicheldrüse
- ☐ vergrößert
- ☐ chronische Entzündung
- ☐ Diabetes Typ I
- ☐ Diabetes mellitus/ Typ II
- ☐ Schwangerschaftsdiabetes

Galle
- ☐ Steine
- ☐ Krämpfe/Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Leber
- ☐ Fettleber
- ☐ Entzündung
- ☐ Hepatitis
- ☐ Zysten

Darm
- ☐ Infektionen
- ☐ Blinddarm-OP
- ☐ Häufige Antibiotikaeinnahme
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blähungen
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Morbus Chron
- ☐ Colitis Ulcerosa
- ☐ Anomalie
- ☐ Operationen
- ☐ Divertikel

Stuhlgang
- ☐ täglich
  einmal / häufiger
- ☐ jeden 2./ 3./ 4. Tag
- ☐ Neigung zu Verstopfung
- ☐ Neigung zum Durchfall
- ☐ knollig
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ schmierig
- ☐ benötige viel Klopapier
- ☐ übelriechend

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme
- ☐ Schmerzen
- ☐ Kribbeln
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ kalte Hände
- ☐ feuchte Hände
- ☐ Verletzung/OPs

Beine/Füße
- ☐ Schmerzen
- ☐ Kribbeln
- ☐ Krampfadern
- ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ kalte Füße
- ☐ geschwollene Beine
- ☐ Verletzung/OPs

Rücken
- ☐ eingeschränkte Beweglichkeit
- ☐ Verspannung
- ☐ Rheuma
- ☐ Schmerzen
- ☐ Skoliose
- ☐ Bandscheibenvorfall, wo?
- ☐ Verletzung/OPs

Haut/Nägel
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Schuppenflechte
- ☐ Ekzeme
- ☐ Akne
- ☐ Hautpilz
- ☐ Neigung zu Abzessen / Furunkeln
- ☐ Verbrennungen
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Nagelbettentzündungen

Narben
- ☐ Nein
- ☐ Ja
  Wo? Und warum?
  _____
  _____

Unterleib – Gynäkologie - Sexualität

Gynäkologie

- ☐ Eierstockentzündung
- ☐ Ausschabung
- ☐ Abtreibung
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Neigung zum Vaginalpilz
- ☐ Neigung zu Blasenentzündung
- ☐ Sterilisation
- ☐ Auffälliger PAP Abstrich
- ☐ Auffälliger / vermehrter Ausfluss
- ☐ Senkungsbeschwerden
- ☐ trockene Vaginalschleimhäute
- ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Entfernung von Gebärmutter / Eierstöcke
- ☐ sonstiges:

Menstruation

- ☐ Alter bei der ersten Regelblutung:
- ☐ Wann war die letzte Regelblutung?
- ☐
- ☐ Regelmäßiger Zyklus Ja / Nein
- ☐ Wie viel Tage hat ein Zyklus?
- ☐ Zwischenblutungen
- ☐ starke Blutung
- ☐ schwache Blutung
- ☐ normale Blutung
- ☐ Beschwerden zum Eisprung
  Welche?
- ☐ Beschwerden vor der Blutung
  Welche?
- ☐ Beschwerden zu Beginn der Blutung
  Welche?
- ☐ Wechseljahresbeschwerden
- ☐ Nehmen Sie Hormone/haben Sie eine Spirale?
  Welche?

Schwangerschaft/en

- ☐ Probleme in der Schwangerschaft
  _____
  _____
- ☐ Geburtstage Ihrer Kinder
  _____

Geburten

- ☐ natürliche Geburt/en
- ☐ Kaiserschnitt/e
- ☐ Wehenhemmer
- ☐ Wehenförderer
- ☐ Probleme beim Stillen
- ☐ Wochenbettdepression

Prostata

- ☐ Probleme beim Wasserlassen
- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ OPs

Niere/Blase

- ☐ Nierensteine
- ☐ häufige Entzündungen
- ☐ Probleme Urin zu halten
- ☐ auffälliger Uringeruch

Sexualität

- ☐ verminderte Libido
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Erektionsstörung
- ☐ Ejakulationsstörung

Schmerzen

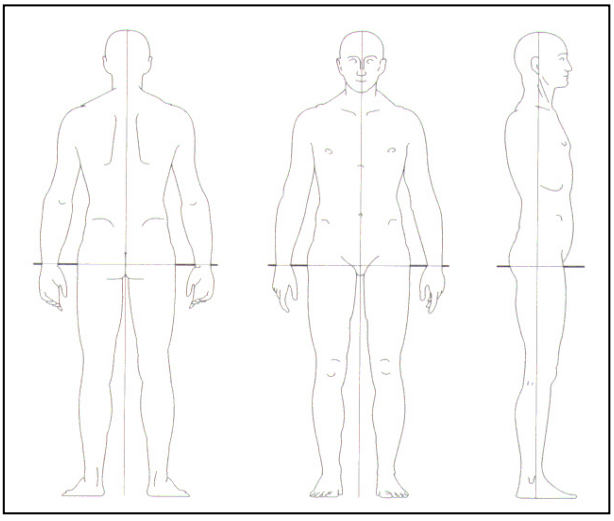
Kreuz - punktförmiger Schmerz
Linie - unklare Schmerzlokalisation
Pfeil - ausstrahlender Schmerz

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?



Schmerzfrequenz

- ☐ immer
- ☐ mehrmals täglich
- ☐ alle paar Tage
- ☐ wöchentlich
- ☐ seltener

- ☐ Tageszeit:

Schmerzempfinden

- ☐ ziehend
- ☐ brennend
- ☐ stechend
- ☐ klopfend
- ☐ drückend, beengend
- ☐ kribbelnd
- ☐ anders:

was verschlimmert

- ☐ körperliche Belastung
- ☐ längeres stehen, sitzen, gehen
- ☐ Stress
- ☐ Kälte / Wärme
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Husten / Niesen
- ☐ Wetterlage
- ☐ Monatsblutung
- ☐ sonstiges:

Was verbessert?

- ☐ Ruhe
- ☐ Schlaf
- ☐ Bewegung
- ☐ Kälte / Wärme
- ☐ Sport
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Urlaub
- ☐ sonstiges:

Begleitsymptome?

- ☐ Hautrötung / Blässe
- ☐ Schwellung
- ☐ Berührungsempfindlichkeit
- ☐ Schwitzen
- ☐ Seh- und Hörstörung
- ☐ Gangunsicherheit
- ☐ Müdigkeit
- ☐ Schwindel
- ☐ Bewegungseinschränkung
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ sonstiges:

Zeckenbisse

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Borreliose

- ☐ Ja
  Wie wurde diese Behandelt?

- ☐ Nein

Allgemein – emotional - Schlaf

Ihr aktuelles Körpergewicht:
Ihre Körpergröße:

Ernährung nach Ernährungsrichtlinien?

Ihre Blutgruppe:
Ihr Blutdruck:

Verwendung von Zuckerersatzstoffen?

tägl. Trinkmenge / was?

Trinken Sie Alkohol?
Rauchen Sie?

Sport? /welchen

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Beruf? ☐ Ja ☐ Nein
Erläuterung:

Sind Sie zufrieden mit Ihren Lebensumständen: ☐ Ja ☐ Nein
Erläuterung:

Möchten Sie an Ihrem Alltag etwas ändern? ☐ Ja ☐ Nein
Erläuterung:

Psyche

- ☐ Essstörung
- ☐ Depression
- ☐ innere Anspannung
- ☐ Erschöpfung
- ☐ wenig belastbar
- ☐ Gefühlsschwankungen
- ☐ sonstiges:

Schlaf

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ häufiges Erwachen (Uhrzeit _____)
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ unruhige Beine
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ Zähneknirschen
- ☐ Schnarchen
- ☐ Apnoe

Tagesablauf

- ☐ Aufstehzeit
- ☐ Schlafenszeit
- ☐ regelmäßige Pausen
- ☐ regelmäßige Energieeinbrüche
- ☐ Schichtdienst

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

Chronologie der Krankengeschichte

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