



Herzlich willkommen in meiner Naturheilpraxis!

Um Sie schnell Ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend behandeln zu können, ist es für mich erforderlich vorab einige Informationen über Sie zu erhalten. Bitte nehmen Sie sich dafür etwas Zeit und füllen den Anamnesebogen so genau wie möglich aus, damit ich mir ein genaues Bild machen kann.

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular vor Ihrem ersten Praxisbesuch vollständig aus und lesen Sie die allgemeinen Geschäftsbedingungen für Heilpraktiker und den Behandlungsvertrag. Bitte bestätigen Sie im Anschluss die von Ihnen gemachten Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Vielen Dank, ich freue mich auf unsere Zusammenarbeit!

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm | Gewicht: _____ kg

Familienstand: _____

Kinder: _____

Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer:

Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland? Wo, wann und wie lange?

- ➔ Sind Ihnen seitdem Symptome an sich aufgefallen? (Erbrechen, Durchfälle, Fieber...)

Allgemeines

1. Leiden Sie unter bestimmten Ängsten oder Abneigungen?

Ja Nein

Welche?

2. Rauchen Sie?

Wie viel pro Tag?

Ja Nein

3. Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein gelegentlich regelmäßig

4. Hatten Sie Unfälle?

Ja Nein

- Was ist wann (Jahr) passiert?

- Folgeschäden zurückgeblieben?

- Besondere Anmerkungen:

5. Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?

(Rheuma, Fibromyalgie, Sarkoidose, Morbus Boeck, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Lupus Erythematoses, Myasthenia gravis, Morbus Basedow, Hashimoto, Schilddrüsenentzündung, Sonstige)

Ja Nein Falls ja, welche?

6. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Hausstaub, Tierhaare, Asthma, Laktose-, Fruktoseintolleranz, Zölliakie, Sprühe/Glutunenverträglichkeit, Kontaktallergien, Sonstiges)

Ja Nein bisher nicht bekannt

7. Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

(auch Pille, Schmerz-, Schlaf- und Abführmittel)

Medikamente	Ca. seit wann	Dosierung

8. Treiben Sie Sport?

Ja Nein Welche Sportart / Wie oft?

9. Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte listen Sie alle **bisherigen Erkrankungen** und **Brüche / Operationen**, die Sie durchlaufen haben auf.

10. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

(Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Syphilis (Lues), Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Borreliose, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Sonstiges)

11. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bereits vorgekommen?

(Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel, usw.)

(z.B. Krebs, Herzerkrankungen, Gefäßkrankheiten, Gicht, Zuckerkrankheiten/Diabetes, Schilddrüsenleiden, Asthma, Lungenerkrankungen, COPD, Rheuma, Muskelerkrankungen, Neurodermitis, Burnout, Alzheimer, Demenz, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Bluthochdruck, Schlaganfall, Fettstoffwechselerkr., Steinerkrankungen, Allergien, Mukoviszidose, Fibromyalgie, Multiple Sklerose, Schuppenflechte/Psoriasis, Depressionen, Angststörungen, Geschlechtskrankheiten, ADHS, Sonstige...)

Erkrankung	Verwandtschaftsgrad

12. Leiden Sie zurzeit an den unten aufgelisteten Erkrankungen?

- Herz- / Kreislaufbeschwerden _____
- Bluthochdruck _____
- Diabetes _____
- Fettstoffwechselstörung _____
- Gicht, erhöhte Harnsäure _____
- Lungenerkrankung/Asthma _____
- Chronische Bronchitis(COPD) _____
- Wirbelsäulenerkrankungen _____
- Arthrose/Gelenkerkrankungen _____
- Sehnerkrankungen _____
- Galle, Leber, Hepatitis _____
- Niere _____
- Harnapparat, Blase, Prostata _____
- Magen-Darm-Trakt Reizdarm/ -magen _____
- Infektionskrankheiten _____
- Sonstige: _____

13. Leiden Sie unter Konzentrationsbeschwerden, Gedächtnisstörungen oder ähnlichem?

14. Sind Sie müde und erschöpft, falls ja seit wann & zu welcher Tageszeit?

15. Haben Sie Ängste/Schuldgefühle/Konflikte, die Sie belasten?

16. Schwitzen oder frieren Sie leicht?

- Ja Nein

Kopf-bis-Fuß-Schema:

➤ **Allgemein:**

ungewollte Gewichtsabnahme/ -zunahme, Appetitmangel, Abneigung gegen bestimmte Speisen, Heißhunger auf bestimmte Speisen, Übermäßiger Durst, Ödeme, Schweißausbrüche, Nachtschweiß, Fieber, Schüttelfrost, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Angstträume, Wärmeempfindlichkeit, Kälteempfindlichkeit

Schlafdauer: _____

➤ **Kopf:**

Kopfschmerzen, Migräne, Haarausfall, Haarveränderungen, Kopfhautjucken

➤ **Gesicht:**

Gesichtsschmerzen, Kauschmerzen

➤ **Augen:**

Brille, Kontaktlinsen, verminderte Sehfähigkeit, Sehstörungen, lichtscheue, Lidveränderungen, Tränenfluss, Brennen Schmerzen, Fremdkörpergefühl, Nachtblindheit, grüner Star, grauer Star, Farbphänomene

➤ **Ohren:**

Hörstörungen, Geräusche, Absonderungen, Schmerzen, Ohrensausen

➤ **Nase:**

Behinderung der Nasenatmung, Störungen des Geruchssinns, Nasenbluten, Absonderungen, Nasennebenhöhlenerkrankungen, Schnupfen, Pollenallergie

➤ **Mund:**

Zahnschmerzen, Zahnersatz, Zahnfüllungen, Zahnfleischbluten, Zungenbrennen, Geschmacksstörungen, Speichelfluss, Kaustörungen, nächtliches Zähneknirschen, Lippen-Herpes

➤ **Hals:**

Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Sprechstörungen, Schwellungen, Knoten am Hals, Nackenschmerzen, Bewegungseinschränkungen

➤ **Brust:**

Schmerzen, Knoten, Hautveränderungen, Brustveränderungen, Brustwarzenveränderungen, Brustwarzensekretion

➤ **Atmung:**

Einatembeschwerden, Ausatembeschwerden, Kurzatmigkeit, Atemnot, Todesangst, Husten, Auswurf

➤ **Herz-Kreislaufsystem:**

Brustschmerzen, unregelmäßiger Herzschlag, plötzliches Herzrasen, Herzklopfen, Angina pectoris, Hypertonie, Hypotonie, Zyanose Anzeichen, Hämorrhoiden, Krampfadern, Wadenkrämpfe, Ulcus cruris, Claudicatio intermittens

➤ **Verdauungssystem:**

Schluckbeschwerden, Aufstoßen, Sodbrennen, Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Darmkrämpfe, Bauchschmerzen, Nüchternschmerz, Schmerzen nach dem Essen, Koliken, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Verstopfungen, Durchfall, Stuhlgang, Schmerzen beim Stuhlgang, Stuhlfarbe, Stuhlganggeruch, Stuhlkonsistenz, Bleistiftstuhl, Schafskotstuhl, blutiger Stuhl, schleimiger Stuhl, unverdauter Stuhl, Würmer

➤ **Urogenitalsystem:**

Stattschwierigkeiten, Harnstottern, Tröpfeln, nächtliches Wasserlassen, geringe Harnmenge unter 100ml/Tag, vermehrte Harnmenge über 10l/Tag, häufiges Wasserlassen, Harnfarbe, Harnveränderungen, Harndrang, Schmerzen beim Wasserlassen, Brennen beim Wasserlassen, Inkontinenz, Lumbalschmerzen, Nierenschmerzen, Ausfluss, Schmerzen oder Blutungen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr, Luststörungen, Potenzstörungen, Jucken im Intimbereich

➤ **Blutsystem:**

Verletzungsblutungen länger 5 Min., Ungewöhnlich oft und viele Hämatome, Schlechte Wundheilung

➤ **Lymphsystem:**

Knoten am Hals, Knoten in der Achselhöhle, Knoten in der Leiste, Blässe

➤ **Haut:**

Veränderungen der Hautfarbe, Veränderungen der Hautstruktur, Hautausschläge, Allergien, Akne, Jucken, Gürtelrose, Schuppenflechte, Neurodermitis, Mykosen, Narben, Nagelbeschaffenheit

➤ **Muskel- und Skelettsystem:**

Stiftheitsgefühl, Kältegefühl, Muskelschmerzen, Knochenschmerzen, Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen, Rückenschmerzen, Bewegungsschmerzen, Muskelschwäche

➤ **Neurologisches System:**

Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Bewegungsstörungen, Kräfteeinschränkungen, Schwächegefühl, Paresen, Parästhesien, Krämpfe, Zittern, Ohnmacht, Benommenheit, Bewusstlosigkeit

➤ **Psyche:**

Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Denkfähigkeitsstörungen, Antriebsstörungen, Gefühlsstörungen, Stimmungsschwankungen, Depressionen, Euphorie, Unruhezustände, Erregbarkeit, Aufregungen, Ängste, Arbeitsplatzprobleme, Familienprobleme, Eheprobleme, Sexualitätsprobleme

Gynäkologische Anamnese (bitte mindestens fettgedruckte Fragen beantworten)

- **Sind Sie zurzeit schwanger?**
-

- **Haben Sie Kinder und wenn ja, wann wurden diese geboren?**

- **Hatten Sie Fehl- oder Totgeburten?**

- **Hatten Sie Schwangerschaftserkrankungen?**

- **Nehmen Sie die "Pille" oder sonstige Hormonpräparate?**

- **Sind bei Ihnen Organverlagerungen oder -senkungen bekannt?**

- **Hatten Sie gynäkologische Operationen?**

Was erwarten/ erhoffen Sie sich von der Behandlung?

Gerne können der Anamnesebogen, sowie die unten genannten Dokumente vor Ihrer ersten Behandlung per Mail an info@faszien-psyche.de geschickt werden.

- Anamnesebogen
- Behandlungsvertrag / Aufklärungsbogen
- Datenschutzvereinbarung
- Falls vorhanden Befunde / Untersuchungsergebnisse zu den oben genannten Beschwerden

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Ich freue mich auf Sie!