

ANAMNESE – FRAGEBOGEN

Heilpraxis – Silvia Fuchs



Dieser Anamnese-Fragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapien Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Bei den Beispielen genügt es zutreffendes zu unterstreichen, **ansonsten mit eigenen Worten beantworten**. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, werde ich Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

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

Männlich **Weiblich**

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Versicherung (Gesetzlich, private (Zusatz)Versicherung) _____

Für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung? Nennen Sie bitte nicht nur medizinische Diagnosen, sondern konkrete Symptome und Beschwerden.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

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

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

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, ...

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, ...

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

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

Haben Sie Allergien?

z.B. gegen Blütenstaub, Tierhaare, Nahrungsmittel, Penicillin, Aspirin – Acetylsalicylsäure, ...

Kopf:**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Selten, häufig, Stirn – Augen – Schläfen – Hinterhauptregion, rechts, links, doppelseitig, morgens, abends, ...

Haare: Haarausfall, kreisrunder, vereinzelt, seit wann, ...

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Grüner Star, ...

Ohren: links, rechts, Tinnitus (seit wann), Schwerhörigkeit (seit wann), ...

Zähne: Amalgamfüllungen (entfernt), Amalgamausleitung gemacht, welche Zahnfüllungen, ...

Nase: Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, ...

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, ...

Schilddrüse: Operation, Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, ...

Brust und Bauch:

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

Lunge: Bronchitis, Entzündungen, häufig Husten, ...

Rücken – Arme – Beine – Haut:

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisarm, Kribbeln, kalte Hände, Operationen usw. ...

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, ...

Rücken: Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Operationen, ...

Haut / Nägel: Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Entzündungen, Narben – wodurch – wo?

Allgemeines:

Körpergröße in cm:

Aktuelles Körpergewicht in kg:

Rauchen Sie? (was/wie viel):

Blutgruppe:

Blutdruck:

Trinken Sie Alkohol? (gelegentlich, regelmäßig)

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel und was trinken Sie am Tag?

Treiben Sie Sport, welchen, seit wann?

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, ...

Übliche Schlafzeit von:

bis:

Uhr.

Schmerzen: Haben Sie regelmäßig Schmerzen? Wenn ja bitte beschreiben Sie diese.

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (auch Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine usw.)

Bitte erfassen Sie hier alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von mir streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ihr
Heilpraktikerin Silvia Fuchs