Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Vielen Dank! Naturheilpraxis in der Mitte Roswitha Teuber Heilpraktikerin Ihr Termin am: Name Vorname PLZ, Ort Straße Geburtsdatum Telefon Beruf E-Mail **Familienstand** Hausarzt Zusatzversicherung Privatversicherung 1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir? 1.1. Was haben Sie bis jetzt dagegen unternommen? 1.2. Welche Ärzte haben sie kontaktiert? 2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z. B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, Trennungen, Operationen, HWS Trauma?

■ Masern	□ Röteln	Windpocken	□ Mumps
■ Scharlach	■ Hepatitis	☐ Sars Cov 2	
□ Andere			
Wann war ihre le	tzte Impfung?		
Letzter Urlaub, w	vann? Wo?		
Größe	cm Gewich	tkg	
Puls *	RR *)2-Sättigung *
* wird in meiner P			
Medikamentenei Welche Medikame	ente nehmen Sie mom	entan ein	
oder haben eing	jenommen?		
	ungsergänzungsmittel e entsprechenden Präp		e Dosierungsangaben a
Nohmon Sia häufu	ger Schmerz-oder Sch		
Menmen Sie naung	ger sermerz oder serr	lafmittel? Wenn ja was u	ınd wie häufig?
	(1)(((lafmittel? Wenn ja was u	ınd wie häufig?
Sind Vorerkranku	ungen bekannt?	lafmittel? Wenn ja was u	ınd wie häufig? ☐ Gicht
Sind Vorerkranku Diabetes mellitu	ungen bekannt?	1111(11)	
Sind Vorerkranku ☐ Diabetes mellitu ☐ psych. Erkranku	ungen bekannt?	Bluthochdruck	□ Gicht
	ungen bekannt? us	Bluthochdruck	□ Gicht

Soziale Anamr Hobbys?				
Sind Sie am Arb	eitsplatz beson	deren Belastungen ausgesetzt?	(z.B. Mobbir	ng)
Sind Sie am Arb	eitsplatz bestim	mten Schadstoffen ausgesetzt?		
Allergien			Ja	Nein
Leiden Sie unte Welche?				
		chon einmal allergisch auf smittel reagiert?		
	elunverträglich nittelunverträgl	keiten ichkeiten bekannt?		
	·	□ Laktoseintoleranz	□ Hista	minintolerar
Allgemeine Le	bensführung (Ja	Nein
Trinken Sie Alko Wieviel?				
Was?				
Rauchen Sie? Wieviel?				
Seit wann?				
Seit wann nicht	mehr?			
			Ja	Nein
Haben Sie in let	zter Zeit auffälli	g an Gewicht <u>abgenommen</u> ?		
	kg	Seit wann?		
VVICVICI:				
	zter Zeit auffälli	g an Gewicht <u>zugenommen</u> ?		

Ist Ihr Schlaf erhols	am?			
Leiden Sie an Ein-oder Durchschlafstörungen?				
Wie lange liegen Sie	e wach?			
Treiben Sie Sport?				
Sportart?				
Wie häufig?		111 (1)		
Wie entspannen Sie	e sich sonst?			
	1.10.12			
Haben Sie auffallen				
	der öfter unter Fieber?			
Leiden Sie unter Na				
Mussen Sie sich Nac durchgeschwitzt sir	chts umziehen, weil Siend?			
Sind Sie Vegetarier bestimmte Lebensr				
Welche?				
Essen Sie regelmäß	ig?			
Zu welchen Tagesze	eiten nehmen Sie ihre M	Nahlzeiten zu sich?		
	\gg			
Emotionaler Zusta				
Wie ist Ihr Gemütsz	ustand?			
□ wütend	□ traurig	■ aggressiv	□ ängst	lich
□ unruhig	■ schwankend	■ nervös	□ gereiz	t
■ dünnhäutig	□ lustlos	□ glücklich	□ fröhlid	ch
L dammadig				
Wie ist ihre Konzen	tration?			

	Ja	Nein
Gibt es ein Gefühl von "Nebel im Kopf"?		
Leiden Sie unter chronischen Schmerzen oder wiederkehrenden Schmerzen?		
Seit wann?		
Wie häufig?		
Wie lange?		
Beschreiben Sie Ihre Schmerzen von 1 (wenig Schmerzen) bis 1	0 (viel Schm	erzen)
01 02 03 04 05 06 07 08	3 - 9 I	1 0
	Ja	Nein
Sind Sie ein ängstlicher Mensch?		
muss (z.B enge Räume, hohe Türme, Flüge, Menschenansammlidie Sie nicht erklären können?	ungen) oder	gibt es Ängste
Kanthawat I		E Nation
Kopfbereich Schnarchen Sie stark?	Ja	Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?		
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?		
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?		
weiche:		
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?		
Haben Sie Probleme mit dem Hören?		
Tragen Sie ein Hörgerät?		
Ohrenschmerzen?		
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?		
Haben Sie häufiger und/oder länger anhaltenden Schnupfen?		
Wie häufig im Jahr und wie lange haben sie Infekte?		
	0	

	Wird Ihnen schnell schwarz vor Augen? Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen? Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Migräne?	Ja 	Nein □ □ □
16.	Zähne	Ja	Nein
	Haben Sie Amalgamfüllungen?		
	Knierschen Sie mit den Zähnen?		
	Tragen Sie eine Zahnprothese?		
	Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?		
	Wenn möglich, entsprechende Zähne markieren:		
	11 21 22 23 47 14 15 Oberkiefer 25 45 16 17 27 43	Unterkiefer	36 35 34 33
17.	Halsbereich Haben Sie Halsschmerzen,bzw. Schluckbeschwerden?	Ja □	Nein □
	Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals oder		
	Druckgefühl (evtl.vermehrt im Liegen)?		
	Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?		
	Leiden Sie unter Heiserkeit?		
	Seit wann?		
12	Brustbereich	Ja	Nein
10.	Leiden Sie unter Husten?		
	Seit wann?	_	_
	Wie ist der Auswurf beschaffen?		
	Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?		
	Leiden Sie unter Atemnot?		п

		Ja	Nein	
A	Asthma-Bronchiale-Anfälle?			
	laben Sie Druck-oder Engegefühl oder Schmerzen n der Herzgegend?			
L	eiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?			
	Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?			
L	eiden Sie unter Rückenschmerzen?			
). E	Bauchbreich	Ja	Nein	
L	eiden Sie unter Bauchschmerzen?			
	Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Velche?			
_				
	laben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, charfen oder rohen Speisen?			
В	Besteht eine Abneigung gegen Fleisch?			
S	eit wann?			
	Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel ozw. Heißhunger-Attacken?			
٧	Velche?			
_				
L	eiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?			
S	Sodbrennen?			
	laben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles vie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?			
V	Velche?			
٨	sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	0	0	
V	Velche?			
_				
	laben Sie Blut im Stuhl bemerkt?			
	Varen Sie schon einmal bei einer Darmspiegelung? Venn ja, wann war die letzte Untersuchung?			

20.	Arme und Hände	Ja	Nein
	Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?		
	Schlafen Ihnen nachts, in den frühen Morgenstunden die Hände ein?		
	Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände oder Finger?		
	Leiden sie unter Gefühlsstörungen oder Taubheitsgefühlen der Hand oder einzelner Finger?		
	Zittern Ihre Hände?		
	Haben sie Beschwerden in den Armen?		
	Andere Beschwerden?		
	Welche?	<u>// // </u>	
21.	Beine und Füße	Ja	Nein
	Leiden Sie unter Krampfadern?		
	Treten nachts Wadenkrämpfe auf?		
	Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Füßen?		
	Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt eine Pause einlegen?		
	Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?		
	Bestehen Schmerzen in den Kiegelenken?		
	Hüftgelenken?		
	Fußgelenken?		
	Gibt es Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?		
22.	Harn- und Geschlechtsorgane	Ja	Nein
	Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?		
	Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?		
	Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?		
	Haben Sie Blut im Urin festgestellt?		
	Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?		
	Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?		
	Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen um Wasser zu lassen?		
	Leiden Sie häufiger unter Harnwegsinfekten?		
	Wenn ja, wie oft?		
	Tritt ein Sakret aus der Harnröhre?		-

Für Männer ab 45 Jahren Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge de		Ja □	Nein □
Wenn ja, wann war die letzte Untersuchung	?		
Haut, Haare, Nägel		Ja	Nein
Leiden Sie unter Hautveränderungen?			
Hautjucken?			
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken	auf?		
Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus?			
Haben Sie Narben(durch Operationen od. Undie Sie stören oder die Sie als unangenehm			0
Wo befinden sich die Narben?			
	1////		
Leiden Sie unter Haarausfall?			
Seit wann?			
Leiden Sie unter brüchigen Nägeln? sonstige Veränderungen an Haaren oder Nä	geln?		
Welche?			
Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbiss	e oder vor kurzem?		
Wann war das?			
Was Ihnen sonst noch "auf dem Herzen li	egt!"		
Was ist Ihr Auftrag an mich?			
	_		

26. Gynäkologische Anamnese

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?						
Wie lange ist die Zyklusdauer?						
Wie ist die Blutungsstärke? □ schwach	■ normal		□ stark			
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?			0			
Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?						
Wenn ja, wann war die letzte Untersuchung?						
Tasten Sie regelmäßig ihre Brüste ab?						
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?						
Nehmen Sie Verhütungsmittel ("Pille") ein?						
Seit wann?						
Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein?						
Sind sie schwanger?						
Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause)						

Naturheilpraxis in der Mitte



Mühlenstraße 4 | 46354 Südlohn-Oeding

Roswitha Teuber Tel o 2862 30 39 602 | Mobil o 174 9806226 E-Mail teuber@naturheilpraxis-in-der-mitte.de Mehr über den Beruf des Heilpraktikers unter www.heilpraktikerfakten.de