

Ihre Heilpraktikerin Andrea Stockfisch

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus.
Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name.....
Vorname.....
Geburtsdatum.....
PLZ Wohnort.....
Straße.....
Beruf.....
Familienstand.....
Kinder.....

Freie Schilderung der Beschwerde warum die Praxis aufgesucht wird

Was?.....
.....

Wo?(Lokalisation).....
.....

Wie?(Schmerzcharakter).....
.....

Wann?(Ablauf, Beginn, Tageszeit)
.....

Warum?, Wodurch? (auslösende Faktoren).....
.....

Medikamenteneinnahme:
Welche Medikamente nehmen sie derzeit ein?
.....

Familienanamnese
Welche Erkrankungen traten in der Familie auf? (Eltern, Großeltern, Geschwister)
(z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz- Kreislauferkrankungen).....
.....

Soziale Anamnese

Haben sie Freunde?

Sind sie gut in Ihrer Familie integriert?

Wie sind ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (Mobbing?)

.....

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

.....

Allgemeine Lebensführung

Wie viel Alkohol trinken sie durchschnittlich täglich?

.....

Welche Sorte Alkohol?

.....

Wie viele Zigaretten rauchen sie durchschnittlich täglich?

.....

Seit Lebensalter:.....

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?

Ja.....Nein.....

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

Ja.....Nein.....

Ist Ihr Schlaf erholsam?

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?

.....

.....

Haben Sie große Sorgen?

.....

Sind Sie nervös?

.....

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?

.....

Haben Sie auffallend viel Durst?

.....

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?

.....

Allergien

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?

Welche?

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose?

.....

.....

Hausstauballergie, Blütenpollen, andere ?

.....

.....

Kopfbereich

Leiden sie unter Schwindel?

.....

Ohnmachtsanfälle?

.....

Epileptische Anfälle?

.....

Kopfschmerzen?

.....

Haben Sie Probleme mit den Augen?

.....

Haben Sie Probleme mit dem Hören?

.....

Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?

.....

Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?

.....

Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?

.....

Leiden Sie häufig an Nasenbluten?

.....

Leiden Sie unter Haarausfall?

.....

Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?

.....

Halsbereich

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?

.....

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?

.....

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse ei sich festgestellt?

.....

Leiden Sie unter Heiserkeit?

.....

Brustbereich

Leiden Sie unter Husten?

Wie lange?.....

Wie ist der Auswurf beschaffen?

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

Leiden Sie unter Atemnot?

Asthma bronchiale Anfälle?.....

Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?

.....

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

.....

Haben Sie (manchmal) das Gefühl, das Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

.....

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

.....

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?

.....

.....

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, rohen, oder scharfen Speisen?

.....

Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?

.....

Beine und Füße?

Leiden Sie unter Krampfadern?

.....

Treten nachts Wadenkrämpfe auf?

.....

Schmerzen in Beinen und Füßen?

.....

Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?

.....

Schmerzen 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 raus und Wasserlassen?

.....

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?

.....

Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

.....

Wann trat die letzte Regelblutung auf?

.....

Wie lange ist die Zyklusdauer?

.....

Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, stark, normal)

.....

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?

.....

Tritt ein Sekret aus der Scheide?

.....

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?

.....

Leiden Sie unter Hautveränderungen?

.....

Hautjucken?

.....

Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?

.....

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?

.....

Sonstiges