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 Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken Sie ihn mir VOR Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu. Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Ihren Impfausweis und die Ergebnisse der letzten Blutuntersuchung mit.

Wichtiger Hinweis: Ich habe für diesen Ersttermin 3 Stunden für Sie reserviert. Sollten Sie ihn nicht wahrnehmen können, können Sie diesen bis 48 Stunden zuvor kostenfrei absagen. Termine die nicht oder zu spät abgesagt wurden werden in voller Höhe in Rechnung gestellt.

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis BioMed - Simone Kazmierczak

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ **Email** _____

Beruf _____ **Krankenkasse** _____

Private Zusatzversicherung für Heilpraktiker? _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

1. Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann leiden Sie unter diesen? Bitte schwerpunktmäßig aufführen:

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, Zahnbehandlung u./o. Amalgamentfernung etc.?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

☐ Masern ☐ Röteln ☐ Windpocken
☐ Mumps ☐ Scharlach ☐ Keuchhusten
☐ Sonstige: _____

4. Hatten Sie Operationen an einem der folgenden Organe? Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Mandeln ☐ Ohr ☐ Nieren ☐ Kieferhöhlen
☐ Gallenblase ☐ Darm ☐ Stirnhöhlen ☐ Magen
☐ Knochen/Gelenke ☐ Sonstige: _____

5. Sonstige Narben

6. Welche Allergien liegen vor? Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Heuschnupfen ☐ Milben ☐ Metalle
☐ Pollen ☐ Penicillin ☐ Hausstaub
☐ Lidocain/Procain ☐ Tierhaare ☐ Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)

☐ Nahrungsmittel - bitte nennen: _____
☐ Sonstige Allergien - bitte nennen: _____

7. Familienvorgeschichte - bitte ankreuzen u. ggf. Vermerk ob Mutter, Vater, Geschwister:

☐ Bluthochdruck	☐ Diabetes	☐ Neurodermitis
☐ Herzinfarkt	☐ Asthma	☐ Schuppenflechte
☐ Schlaganfall	☐ Lungenerkrankungen	☐ Hauterkrankungen
☐ Erbkrankheiten	☐ Psychische Erkrankungen	☐ Krebs

☐ Sonstige: _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

9. Welche Vitalstoffe/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

10. Zu Ihrer Person:

Größe _____ Gewicht _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wie viel und was trinken Sie pro Tag? _____

Wie viel und welchen Alkohol? _____

Rauchen Sie? _____ Zigaretten/Tag? _____

Nehmen Sie Drogen? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Lehnen Sie bestimmte Nahrungsmittel ab? _____

11. Wie ist Ihr Schlafverhalten?

☐ Ein- und/oder Durchschlafstörungen?
☐ Unruhe
☐ Häufiges Erwachen? Wann?_____
☐ Nachtschweiß
☐ Durchschnittliche Schlafdauer in Stunden _____
☐ Schwächegefühl nach Schlaf

12. Welche Leiden bzw. Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?
Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. zeitliche Angabe:

KOPF:
☐ Kopfschmerzen ☐ selten ☐ häufig ☐ einseitig (rechts - links?)
☐ Migräne ☐ selten ☐ häufig ☐ einseitig (rechts - links?)
☐ Sonstiges:_____

AUGEN:
☐ Sehschwäche ☐ Makuladegeneration
☐ Sonstiges:_____

OHREN:
☐ Tinnitus ☐ Hörsturz
☐ Sonstiges:_____

NASE:
☐ behinderte Nasenatmung ☐ nachts verstopft
☐ Nase tropft ☐ selten ☐ häufig
☐ Sonstiges:_____

ZÄHNE:
☐ häufig Karies
☐ Implantate
☐ Wurzelbehandelte Zähne
☐ Weisheitszähne ☐ vorhanden ☐ entfernt
☐ Amalgam ☐ vorhanden ☐ entfernt
☐ Zahnsanierung

Welche Zahnfüllmaterialien wurden verwendet?
☐ Kunststoffe ☐ Gold ☐ Palladium ☐ Amalgam ☐ Keramik
☐ Sonstiges:_____

HALS:

☐ Halsentzündungen

☐ Kehlkopf- u./o. Stimmbandentzündungen

☐ Sonstiges: _____

HERZ - KREISLAUF:

☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Herzschmerzen

☐ Herzmuskelveränderungen ☐ Schlaganfall

☐ Durchblutungsstörungen ☐ Krampfadern

☐ Venenentzündungen ☐ Herzrhythmusveränderungen

☐ Sonstiges: _____

LUNGEN:

☐ Lungenentzündung ☐ Asthma ☐ Tuberkulose

☐ chronischer Husten/Hüsteln ☐ Atemnot

☐ chronische Bronchitis

☐ Sonstiges: _____

MAGEN - DARM:

☐ Völlegefühl ☐ Sodbrennen ☐ Appetitlosigkeit ☐ Magengeschwür

☐ häufiges Erbrechen ☐ Verstopfung ☐ Durchfälle ☐ Blähungen

☐ Krämpfe ☐ Hämorrhoiden

☐ Sonstiges: _____

LEBER - GALLENBLASE:

☐ Fettleber

☐ Steine

☐ Hepatitis ☐ akut ☐ chronisch

☐ Druckschmerzen/Koliken ☐ Toxische Entzündung ☐ Fettunverträglichkeit

☐ Sonstiges: _____

NIEREN - BLASE - PROSTATA:

☐ Entzündungen ☐ Inkontinenz ☐ Steine ☐ Prostataleiden

☐ häufiger Harndrang

☐ Sonstiges: _____

GYNÄKOLOGISCHER BEREICH:

☐ Zyklusstörungen ☐ Sterilität ☐ Zysten/Myome

☐ Geburten Anzahl _____ ☐ normal ☐ operativ

☐ Fehlgeburten ☐ Abtreibungen ☐ Hormonbehandlungen ☐ Pille/Spirale

☐ Sonstiges: _____

HORMONELLE STÖRUNGEN:

☐ Nebenniere ☐ Bauchspeicheldrüse (Diabetes)

☐ Sonstiges: _____

MUSKELN - SKELETT:

☐ Schmerzen ☐ Skoliose

☐ Blockierungen ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS ☐ ISG

☐ Verspannungen ☐ Gelenkerkrankungen

☐ chronische Erkrankungen (z.B. Rheuma, Fibromyalgie,…)

☐ Sonstiges: _____

HAUT:

☐ Bindegewebsschwäche ☐ Hautkrankheiten ☐ Hautjucken

☐ Sonstiges: _____

NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN:

☐ Nervenstörungen ☐ sensibel ☐ motorisch

☐ Multiple Sklerose ☐ Demenz ☐ Krämpfe

☐ Morbus Alzheimer ☐ Taubheitsgefühl

☐ Sonstiges: _____

VEGETATIVES NERVENSYSTEM - PSYCHE:

☐ Schwindel ☐ Wetterfühligkeit

☐ Allgemeine Nervosität ☐ Vergesslichkeit

☐ Leichte Ermüdbarkeit ☐ Konzentrationsschwäche

☐ Schwächegefühl ☐ Feuchte Hände/Füße

☐ Psychische Störungen ☐ Angstzustände

☐ Panikattacken ☐ Depressionen

☐ Sonstiges: _____

13. Allgemeines Empfinden:

Bewerten Sie die folgenden Fragen mit einer Wertungsskala von 1 - 10
(1 = sehr gut oder stimme voll zu oder 10 sehr schlecht, stimme ich nicht zu)

- Wie empfinden Sie Ihre Vitalität und Leistungsfähigkeit? ☐
- Wie ist Ihre Konzentration? ☐
- Stresslevel? ☐

Wie empfinden Sie das Verhältnis zu:

- Ihrer Arbeit? ☐
- Ihren Eltern? ☐
- Ihrem Partner? ☐
- Ihren Kindern? ☐
- Ihrem sozialen Umfeld z.B. Kollegen, Freunden etc.? ☐
- Wie gut können Sie entspannen? ☐
- Wie zufrieden Sind sie mit sich? ☐

14. Umweltbelastungen - Geopathische Belastungen - Elektrosmog:

Befinden sich in Ihrem Wohn- und/oder Arbeitsumfeld (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- viel befahrene Straßen - Autobahnen ☐
- ein Flugplatz ☐
- Industrieanlagen ☐
- landwirtschaftliche Nutzflächen ☐
- Funkmasten - Hochspannungsleitungen - Bahnstrom ☐
- Schnurlose Telefone - WLAN ☐
- Elektrische Standby-Geräte (elektrische Zahnbürsten, Fernseher, PC, …) ☐
- Funkwecker ☐
- Wasserbetten ☐
- Mikrowelle ☐
- Flüsse - Bäche - Seen ☐
- Schimmelpilzbelastungen ☐
- Antiquitäten - Holzschutzmittel ☐
- Teppichböden ☐
- Raucher ☐

Arbeiten Sie mit (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Lösungs- Reinigungs- Desinfektionsmitteln ☐
- Farben, Lacken, Klebern ☐
- Metallen ☐
- Industrie- und anderen Abgasen ☐

14. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst um Ihre Gesundheit zu erhalten?

15. Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Datum, Unterschrift