

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 sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank !

Ihre Naturheilpraxis für Sport & Schmerztherapie, Marion Meyer-Fetzer.

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Beruf: _____

Email: _____

1. Ihre momentanen Beschwerden: Weswegen kommen Sie zu uns?

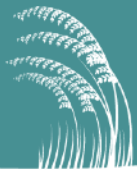
2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?
z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

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

- Masern Röteln Mumps Scharlach Windpocken

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm Mandeln Sonstiges _____



5. Welche Allergien liegen vor?

- Heuschnupfen Penicillin Pollen Metalle Tierhaare
- Lidocain Milben Hausstaub Pflaster
- Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
- Nahrungsmittel, bitte nennen: _____
- Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- Fettstoffwechselstörung Lungenerkrankung Bluthochdruck Herzinfarkt
- Erbkrankheiten Diabetes Asthma Krebs
- Sonstige: _____

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: ____ (Natürlich __ / Sektio __)

Geburtsverletzungen: _____ Rectusdiastasen: _____

Einnahme der „Pille“: ja nein

Monatsblutung: regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Rauchen sie? (Wieviel?) _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wogegen sind Sie geimpft? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

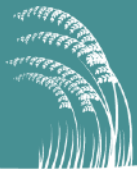
Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Was essen Sie am liebsten? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen) _____



10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Blasensteine | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen (chronisch) | |

11. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? (z.B. im Urlaub)

12. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |

- Weisheitszähne vorhanden? ja nein
 Implantate? ja nein

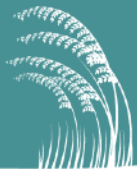
13. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | | |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: _____

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.

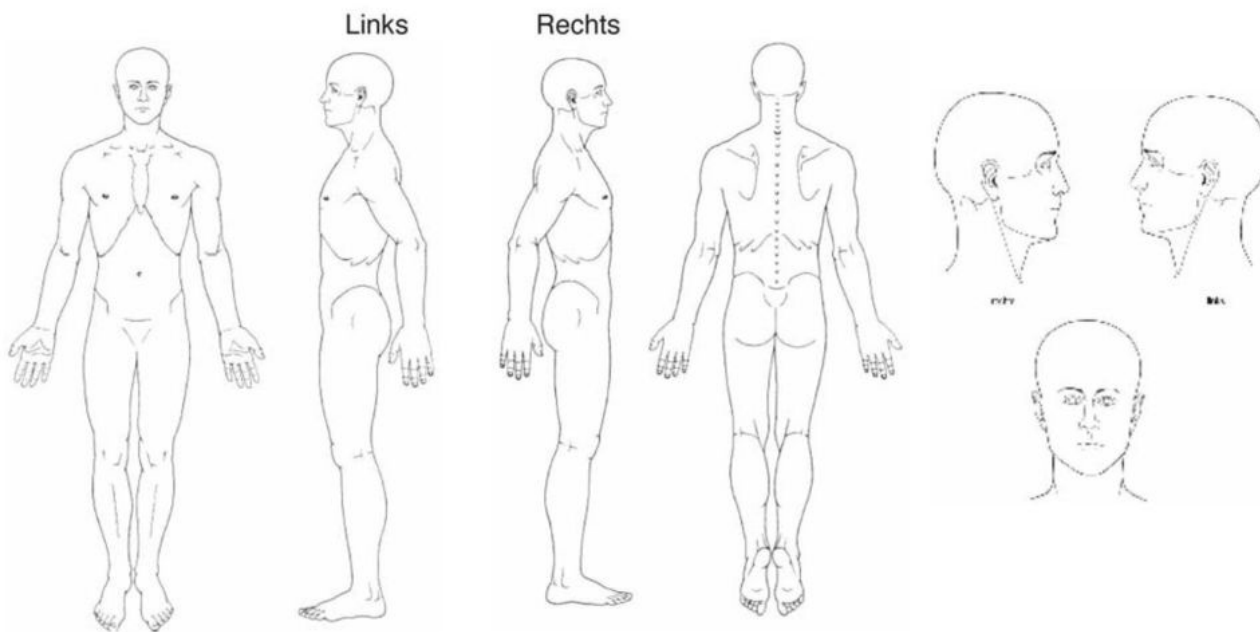
16. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?



17. Schmerzfragen:

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort und schraffieren sie die Fläche der Schmerzausstrahlung



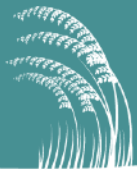
Schmerzskala für den Hauptschmerz:

- | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|--------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
| (schwach) | | | | (mittel) | | | | | (sehr stark) |

Seit wann haben sie Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben sie Schmerzen? (Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener?)



Wie ist das Schmerzempfinden?

- Ziehend
- brennend
- stechend
- klopfend
- drückend
- bohrend
- kribbelnd
- reißend
- kolik-artig
- krampfend
- dumpf
- beengend
- sonstiges _____

Haben sie Beschwerden oder Vorerkrankungen ?

- HWS _____
- Schulter _____
- Arme / Hand _____
- BWS _____
- LWS _____
- Hüfte _____
- Knie / Fuss _____

Sind sie derzeit anderweitig in ärztlicher oder Therapeutischer Behandlung? (Bei wem?)

Datum, Unterschrift

PatientIn