

Anamnese - Fragebogen

Heilpraktikerin • Rosel Barge • Rolfinckstr. 68



Manuelle Medizin
Rosel Barge
Heilpraktikerin

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. Privat _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____ FAX _____
Beruf _____ E-Mail _____
Wer hat mich empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____
Wie erreichen Sie mich (BUS, Bahn, Auto, Taxi) _____

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung (welche)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

**Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann haben sie diese?
Beginnen Sie mit den Beschwerden, die Sie am meisten stören
(auch dann wenn dies nicht die stärksten, wichtigste oder häufigsten Symptome sind)**

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, Urgroßeltern, 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?

Bitte Impfausweis mitbringen.

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

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

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

Gibt es Allergien?

Pollen / wann.....

Nahrungsmittel.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star,
Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechtsTinnitus seit
Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung,
Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

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

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien.....

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, **Konsistenz: schnittfest**
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten,
Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

- Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
- Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....

Beschwerden vor, nach, während der Regel welche

Klimakterische Beschwerden.....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen - häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht **Meine Körpergröße**

Meine Blutgruppe **Mein Blutdruck**

Trinken Sie Alkohol? **Rauchen Sie?**

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?.....

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

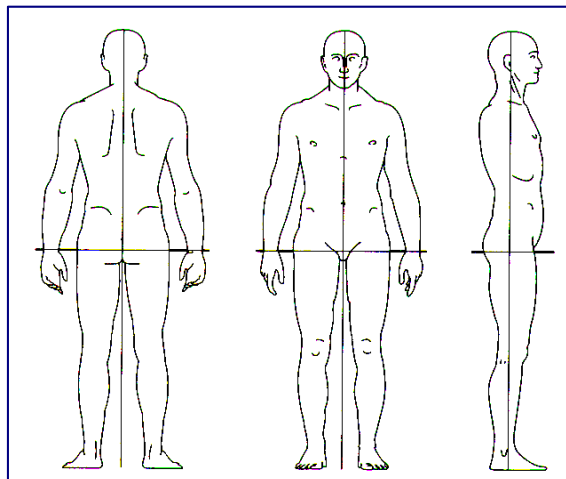
Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.
Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

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