



Anamnese – Fragebogen

Behandlungsvertrag

Stefanie Dahlhoff • Kanzler Wippermann Straße 13 • 33100 Paderborn • 05251 50 68 160 • heilpraktiker@paderborn.com

Anleitung

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.

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ – Ort	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____	Hobbies	_____
Familienstand/Kinder	_____	Wer hat mich empfohlen?	_____

Versicherung: Gesetzlich/ Privatzahler* Beihilfe/Post Privat-Versicherung

*Die gesetzliche Krankenversicherung erstatten i.d.R. die Aufwendungen an den Heilpraktiker nicht. Ich verweise auf meine allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Behandlungsvertrag

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und verstanden und stimme durch meine Unterschrift in allen Punkten zu.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Herzinfarkt, 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, HPV 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

andere

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, Migräne, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig

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

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, Augendruck, 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, Atembeschwerden

Leber Entzündung - Hepatitis

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

Magen Völlegefühl, Gastritis, Aufstoßen, Appetitlosigkeit

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, bleistiftartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, Auflagerungen: Schleim, Blut usw.

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, Ekzeme, andere Hautkrankheiten: Was, Wo?.....
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
0 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Geburten** Wieviel? Verlauf? Besonderheiten?
- Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....
Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche / Gemüt.....
- 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, nachts, schmerzhaft, Geruch nach.....
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

- Mein aktuelles Körpergewicht** **Meine Körpergröße**
- Gab es Gewichtsschwankungen? Wie viel in welcher Zeit?**
- Meine Blutgruppe** **Mein Blutdruck**
- Trinken Sie Alkohol?** **Rauchen Sie?**
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**.....
- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** **Wie ist ihr Durst?**
- Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?** **Wie ist Ihr Appetit?**
- Für welche Nahrungsmittel haben Sie eine Abneigung?**
Süßigkeiten, Süßes Gebäck, gezuckerte Speisen, saure Dinge, Gewürzte Dinge, schwere fette Speise, Butter, Brot, Obst, Fisch, Fleisch, Kaffee, Wein, Bier, Salziges, Eier
- Für welche Nahrungsmittel oder Getränke haben Sie eine ausgesprochene Vorliebe?**
Süßigkeiten, Süßes Gebäck, gezuckerte Speisen, saure Dinge, Gewürzte Dinge, schwere fette Speise, Butter, Brot, Obst, Fisch, Fleisch, Kaffee, Wein, Bier, Salziges, Eier

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße / kalte Füße, Zähneknirschen, Schnarchen, Schlafapnoe

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

Temperatur frostig, kalt, warm,

Schweiß viel / wenig, Kopf, Rücken, Axel, Brust, Fuß, wässrig, klebrig, gelb, kalt, übelriechend, nachts

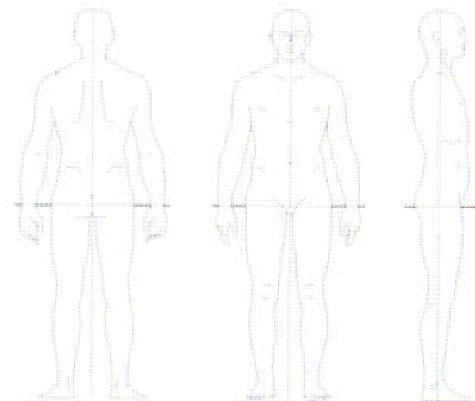
Immunität **Wie oft im Jahr sind sie erkältet?** / Jahr

Stress **Wie ist Ihr empfundener Belastungslevel?** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 schwach mittel sehr stark

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. (Bitte zusätzliche Seite verwenden)

Lebensalter	Ereignis, Lebenssituation, einschneidende Erlebnisse, besondere Situationen	Krankheiten, Symptome, Operationen, Unfälle ect.
-------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------