

Naturheilpraxis Barbara Henkel
Büchen 9
57482 Wenden
Tel.: 02762/400828

Datum:

Bringen Sie den Bogen bitte zum Termin mit!

Anamnesebogen

Die folgenden Angaben erleichtern mir, die notwendigen Mittel zu finden, sonstige Heilungswege zu planen und die Ursachen Ihrer Krankheit besser zu verstehen.

Ich bitte Sie daher, die Fragen sorgfältig zu beantworten, alles an zu kreuzen, was zutrifft und wenn der Platz nicht ausreicht, einen zusätzlichen Zettel zu verwenden.

Name:.....
Straße, Nr.:..... PLZ, Ort.....
Tel.:..... Handy..... e-mail:.....

Geburtsdatum:..... Größe..... Gewicht..... Blutgruppe.....
erlernter Beruf:..... ausgeübter Beruf:.....
Krankenversicherung.....
Wer wohnt in Ihrem Haushalt(einschl. Haustiere)?.....

Wer gehört noch zur Familie?.....

1. Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was gibt es noch für Beschwerden?.....

.....
.....

2. Frühere Erkrankungen: Art, wann, welche Behandlung, Operationen, Unfälle, Knochenbrüche, Implantate, Narben...

.....
.....
.....
.....
.....

3. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? Wogegen, seit wann,? Wie viel?

Haben Sie früher oft Medikamente genommen? Welche? Geben Sie bitte auch pflanzliche und homöopathische Mittel an, ebenso Nahrungsergänzungsmittel:

.....
.....
.....
.....

4. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Wann? Wie oft?

Haben Sie Reaktionen bemerkt? Schauen Sie bitte im Impfausweis nach!

Tuberkulose (BCG) Pocken....., Polio....., Diphtherie....., Keuchhusten....., Tetanus....., HIB....., Hepatitis A/B....., Masern....., Mumps....., Röteln....., Windpocken....., Grippe....., Schweinegrippe....., Tollwut....., Gelbfieber....., FSME....., Gebärmutterhalskrebs....., Tuberkulinprobe....., Malariaprophylaxe....., Corona....., Sonstige.....

Genauerer:
.....
.....

5. Schlaf..... wann wach?.....

6. Blasenentzündung:

Ausfluss aus der Harnröhre?.....

7. Gelenkschmerzen:

.....

Augenentzündung: Ja.... nein.....

9. Ihre Zähne : Amalgamfüllungen: ja..... nein..... entfernt..... Ausleitung?.....

Zähne gezogen? Ja.....nein..... welche.....

Wurzelfüllungen? Ja.....nein..... welche Zähne?.....

Zahnsperre?..... Zahnfleisch: Bluten?..... Rückgang?..... Parodontose.....

Implantate..... Zahnknirschen..... Schiene.....

10. Kinderkrankheiten: Wie alt waren Sie? Besonders schlimm?

Masern....., Mumps....., Windpocken....., Röteln....., Scharlach.....,

Diphtherie....., Keuchhusten....., Dreitagefieber....., Pfeiffersches Drüsenfieber.....

.....

11. Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen....., Milchschorf... .., Ekzeme..... wo?.....

häufige Erkältungen....., Mittelohrentzündung....., Husten....., Schnupfen.....,

Halsschmerzen..... Bauchschmerzen..... ?

.....

12. Hatten Sie Geschwüre....., Furunkel....., Fisteln....., Abszesse.....? Wo am Körper?

.....

Was noch?.....

13. Hatten Sie in Ihrem Leben zu tun mit :

Kopfschmerzen....., Haarausfall....., Augen....., Nase....., Ohren....., Mund....., Geruchssinn.....,

Geschmackssinn....., Hals....., Kehlkopf....., Schilddrüse....., Lunge....., Atmung....., Husten.....,

Herz....., Herzklopfen....., Kreislauf....., Blutdruck....., Bluttransfusion....., kalte Füße.....,

kalte Hände....., Bauchschmerzen....., Magen....., Darm....., Leber....., Galle.....,

Bauchspeicheldrüse....., Blähungen....., Magen-Darm-Infektionen....., Blinddarm.....,

Hämorrhoiden....., Stuhlgang....., Würmer....., Leistenbruch....., Niere....., Blase.....,

Venenstau/Krampfader..... Rücken....., Nägel....., Arme....., Beine,

Genauere Angaben:

.....

.....

.....

Ausfluss: weiß..... gelb..... grünlich..... braun..... nach Fisch riechend..... Pilzinfektionen.....

Harnstrahl geteilt..... gedreht.....

Depression..... Vergesslichkeit..... mystische Erfahrungen..... Wutanfälle..... Lustlosigkeit.....

Allergien.....

Haut..... Warzen....., Muttermale..... Ekzeme..... Schwitzen.....

evtl. nähere Erläuterung:.....

.....

Fiebern Sie leicht? Ja..... nein..... gar nicht..... wann letztes mal Fieber?..... wie hoch?.....
Reagieren Sie auf Insektenstiche? welche?.....
Zecken.....
.....

14. *Männlich*: Hoden..... Prostata..... Phimose.....
unwillkürliche Absonderungen....., fischig riechende Ausdünstungen.....
sterilisiert..... Impotenz.....
Weiblich: erste Regel..... Zyklus.....

Pille..... welche?..... sonstige Empfängnisverhütung

wie fühlen Sie sich vor, während, nach der Regel? .
.....
wie ist die Blutung?

wieviel Tampons/ Binden brauchen Sie am stärksten Tag?.....
Wechseljahre.....
.....

Eierstöcke..... Eileiter..... Gebärmutter..... Myome..... Zysten.....
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillen

Für beide: Tripper..... Syphilis..... Intimpartner: Probleme im Urogenitalbereich.....
Sexuelles Verlangen

15. Essen und Trinken: Notieren Sie bitte einen durchschnittlichen Tag!
Frühstück.....

Mittagessen.....

Abendessen.....

zwischendurch.....

Heißhunger.....

Abneigung/ Ekel.....
Was vertragen Sie nicht?.....

Wie häufig/ wie viel:
Süßigkeiten/ Schokolade/ Kuchen.....

Fleisch/ Fisch.....
Eier.....

Milchprodukte, welche.....

Alkohol.....
Trinken: Was? Wie viel?.....

Regelmäßige Mahlzeiten?.....

15. Krankheiten/ Erlebnisse im Familiensystem: Wer?

Erleiden....., Selbstmord....., Mord.....,
Krebs....., Sucht....., Alkoholiker.....,
Allergien....., Tuberkulose.....,
Geschlechtskrankheiten....., Herz-Kreislauf- Erkrankungen.....,
Demenz..... Malaria....., Tropenkrankheiten.....,
Schuppenflechte....., Diabetes....., Rheuma.....,
Missbrauch....., psychische Krankheiten.....

Woran sind Eltern, Großeltern, Kinder, Geschwister, Onkel, Tanten gestorben?

16. Ihre Eltern.....

17. Ihre Geschwister.....

18. Ihre Partnerschaft.....

Frühere Partner:.....

19. Sie als Kleinkind.....

Teenager.....

Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt?.....

Gab es Besonderheiten in Ihrer kindlichen Entwicklung?.....

20. Beschreiben Sie sich bitte kurz selber!.....

21. Was ist noch wichtig?.....