



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, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus. Sollte der eingeräumte Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt.

Schlafen Sie gerne einmal darüber und bearbeiten Sie ihn ein zweites Mal. Sie werden überrascht sein, was Ihnen noch alles einfallen wird. Für uns ist die genaue Beantwortung dieser Fragen eine wichtige Hilfe bei Ihrer Behandlung.

Anleitung: Bei den jeweiligen Beispielen im Fragebogen genügt es, zu unterstreichen bzw. anzukreuzen, sofern diese zutreffen, ansonsten bitte mit eigenen Worten antworten oder ergänzen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen bei Ihrem ersten Besuch in unserem Gesundheitszentrum mit.

Vielen Dank!

Ihre Silke und Steffen Herrmann

Vorname:	Name:
Straße:	PLZ, Stadt:
Telefon:	Mobil:
Email:	Geburtstag:
Beziehungsstatus:	Schwangerschaft - ja/nein?
Kinder, wenn ja, wieviele?:	Blutgruppe:
Größe:	Gewicht:
Beruf:	Hausarzt:

Allgemeine Fragen

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte / Freunde

Homepage

Flyer

Sonstiges:



Was sind Ihre drei Hauptbeschwerden?

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden vielleicht der Auslöser?
(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente, Hautausschläge, Impfung, Reise, etc.)

Beschwerde:	Seit wann:
1.	
2.	
3.	

Ihr Hauptanliegen bzw. konkreter Auftrag an uns:

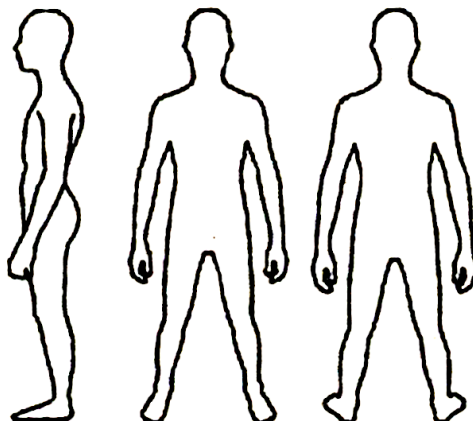
Welche Therapien haben Sie bisher zur Behandlung dieser Beschwerden durchgeführt?

Welche Therapieform hat geholfen, welche nicht?

Therapieform	Geholfen?
1.	
2.	
3.	

Leiden Sie unter schmerzhaften Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Weichteile?

Bandscheibenvorfall, Skoliose, Gelenkrheuma, Arthrose, Arthritis, Gicht, Fibromyalgie, Muskelschwäche. Markieren Sie bitte mit X den Ort der Schmerzen. Beschreiben Sie bitte mit Ihren eigenen Worten die Schmerzqualität und die Schmerzintensität von 0-10 (0= kein Schmerz, 10= sehr starker Schmerz).





Erkrankungen nach dem Kopf zu Fuß Schema

Haare: fettig, Schuppen, trocken, Haarausfall

Kopf: Beschwerden der Kopfhaut (Jucken, Ekzeme, usw.), Schwindel

Kopfschmerzen: wo, einseitig, rechts/links, beidseitig, wann, wie oft, periodisch? Kennen Sie die Auslöser? Was bessert, was verschlechtert? Schmerzcharakter: drückend, stechend, ziehend, hämmernd, bohrend, etc.

Augen: Bindehautentzündung, Augendruck, trockene Augen, Star, Glaukom, Brille, Kontaktlinsen

Nase: Stock- oder Fließschnupfen, trockene Schleimhäute, Nasennebenhöhlenentzündung, Polypen

Ohren: Entzündungen äußeres Ohr, Mittelohr re./li., Ohrgeräusche re./li., Tinnitus, Hörsturz, wenn ja, wann?

Mund: eingerissene Mundwinkel, Aphten, Zahnfleischentzündungen, Parodontose, Fieberbläschen

Zähne:

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? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Implantate vorhanden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Sonstiges:



Hals und Kehlkopf: Mandelentzündung, Mandelsteine, Rachenentzündung, Halskratzen, Kehlkopfentzündung, Heiserkeit

Erkrankungen der Atemwege/der Lunge: häufiger Husten, Bronchitis, Lungenentzündungen, allergisches Asthma, Belastungsasthma, Kurzatmigkeit

Herz-Kreislauf: angeborene Herzfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Herzschmerzen, Herzstechen, Herzrasen, Druckgefühl, Beklemmungen, Herzinfarkt, Bypass, Herzschwäche, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Venenentzündungen, Krampfadern, Ohnmachten oder Kreislaufkollaps (z.B. nach Spritzen)

Hoher Blutdruck: seit: _____ Blutdruck: _____

Niedriger Blutdruck: seit: _____ Blutdruck: _____

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

Verdauungsorgane

Magen: Magenschmerzen, Magengeschwür, Gastritis, Helicobacter pylori, Übelkeit/Brechreiz, Völlegefühl, Sodbrennen, saures Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Heißhunger, kein Sättigungsgefühl, Essstörungen (Bulimie, Magersucht)

Leber: Entzündung, Fettstoffwechselstörung, Alkohol wird schlecht vertragen, Hepatitis (A, B, C, D, E)

Galle: Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Galle entfernt

Bauchspeicheldrüse: Entzündung, Insuffizienz (Schwäche), Fettstühle, stinkige Durchfälle



Darm: Bauchschmerzen, Koliken, Blähungen, Reizdarm, Infektionen (z.B. Rotavirus, Pilze, Parasiten), Entzündungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn), Darmpolypen, Divertikel, Hämorrhoiden

Stuhlgang: regelmäßig, unregelmäßig, täglich, jeden 2. / 3. / 4. _____ Tag, Neigung zu Verstopfung / Durchfall

Urogenitaltrakt

Nieren, Blase: Entzündungen, Steinleiden, Schmerzen, unwillkürlicher Harnabgang, Reizblase, Blasenschwäche, Inkontinenz, Schmerzen und Probleme beim Wasserlassen

Urin: Häufigkeit, Menge, Farbe: _____ Geruch: _____

Männliche Geschlechtsorgane und Prostata: Entzündungen, Prostatavergrößerung, Infektionen (Pilze, Bakterien), Schmerzen, Hodenhochstand, Prostata-OP

Weibliche Geschlechtsorgane: Entzündungen der Geschlechtsorgane, Infektionen (Pilze, Bakterien, Chlamydien, HPV), Scheidentrockenheit, Myome, Eierstockentzündungen/-zysten, Brustentzündungen, Brustzysten, Brustschmerzen, Brust OP, Gebärmutter-OP

Weibliche Menstruation: prämenstruelles Syndrom (PMS), Brustspannen, Zyklusstörungen, schmerzhafte Periode, langandauernde Periode, Ausbleiben der Periode

Schwangerschaft und Verhütung: Geburten und Anzahl der Kinder, Abgänge, Sterilität, unerfüllter Kinderwunsch, Verhütungsmethode

Wechseljahre: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Stimmungsschwankungen (Weinerlichkeit, Überreaktionen), sexuelle Lustlosigkeit



Haut: Akne, Ekzeme, unreine Haut, trockene Haut, Juckreiz, Rötungen, Ausschläge, Neurodermitis, Schuppenflechte, Pilzbefall, Narben

Nägel: eingewachsene Nägel, eingerissene Nägel, Rillen, Verfärbungen, brüchig, splintern, Nagelpilz

Stoffwechselstörungen, vegetative, neurologische und psychische Erkrankungen

Hormonelle Störungen: z.B. an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebennieren, Bauchspeicheldrüse, Diabetes (erhöhte Zuckerwerte), Schilddrüsen-OP, Eierstöcke entfernt, Hoden entfernt

Neurologische Erkrankungen: neurologische Ausfälle, Nervenentzündungen, Polyneuropathien, Hirnhautentzündungen, Taubheit, Kribbeln in Armen oder Beinen, Multiple Sklerose, ALS, Parkinson, Epilepsie

Psychische Erkrankungen: Depressionen, Angstzustände, Panikattacken, Phobien, ADS/ADHS, Autismus, Posttraumatische Belastungsstörung, Verfolgungswahn, Zwangserkrankungen, Manie, Schizophrenie

Vegetative Störungen: Erhöhte oder niedrige Körpertemperatur, Vermehrte Schweißneigung, Nachtschweiß, leichte Erregbarkeit, allgemeine Nervosität, innere Unruhe, leichte Ermüdbarkeit/Erschöpfung, Konzentrationsschwäche, Gedächtnisschwäche, verminderte Merkfähigkeit, Schwindelzustände, Wetterfühligkeit

Schlafstörungen: Einschlaf-/ Durchschlafstörungen (wann), vorzeitiges Erwachen, Alpträume

Infektionskrankheiten

Gab es in der Vergangenheit längere Auslandsaufenthalte (z.B. in Afrika, Indien, Südamerika, China, Ägypten, Tropen). Wenn ja, wann und wie lange?



Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (bitte Zutreffendes unterstreichen)
Scharlach, Tetanus, Hib, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Pfeifferisches Drüsenfieber, Borreliose, Diphtherie, Kinderlähmung (Polio), Gelbfieber, Typhus, Cholera, HPV, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tuberkulose, Hepatitis (A, B, C, D, E), HIV, Tropenkrankheiten, wie z.B. Malaria

Sonstige: _____

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Cortison behandelt?

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B, Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Grippe, HPV, Typhus, Tuberkulose, Pocken, Cholera, Gelbfieber, Tropenkrankheiten, Tollwut, FSME (Zecken), usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Z.B. Fieber, Entzündung, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen

Familiäre Dispositionen, Allergien und Unverträglichkeiten

Familiär gehäufte Erkrankungen: (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Zuckerkrankheit, Nierensteine, Gallensteine, Rheumatismus, Tuberkulose, multiple Sklerose, Epilepsie, Krebs, Depression, Selbstmord

Allergien, Unverträglichkeiten, Heuschnupfen:

z.B. Pollen, Gräser, Hausstaub, Tierhaare, Penicillin, Medikamente und Narkosemittel, Metalle, Nahrungsmittel, welche?



Verletzungen, Krankenhausaufenthalte und Medikamenteneinnahme

Verletzungen und Krankenhausaufenthalte: Unfälle, Knochenbrüche, Operationen

Einnahme von Antibiotika, Herzmitteln, Blutdruckmitteln, Cortison, Marcumar, Schilddrüsenmedikamente, Cholesterinsenker, Entwässerungstabletten, Nahrungsmittelergänzungsmittel, Vitamine, etc.

Was nehmen Sie ein? Wieviel nehmen Sie ein? Seit wann?

Was?	Wieviel? Wie oft?	Seit wann?

Allgemeine Verhaltensweisen

Rauchen Sie? Wieviel? Seit wann?

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? Wie oft? Was?

Nehmen Sie Drogen? Welche? Wie oft?

Treiben Sie Sport? Was? Wie oft? Wie lange?



Ernährungsgewohnheiten - bitte bewerten von 0 bis 10 (0 = nie, 1 = wenig, 5 = mittel, 10 = sehr viel)

Was?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zucker/Süßwaren/Backwaren											
Fleisch											
Fisch											
Milch/Milchprodukte											
Gemüse/Salat											
Obst											
Getreide/ Vollkornprodukte											
Limonade/Cola/Fruchtsäfte											
Kaffee/Tee											
Wieviel Wasser trinken Sie tgl. in Liter?											
Abneigungen gegen Lebensmittel?											

Allgemeiner Status

Arbeit:

Ich empfinde meine Arbeit als

- leicht anstrengend sehr anstrengend
 angenehm belastend Mobbing

Ich arbeite _____ Std./Woche

Ich mache _____ Wochen Urlaub im Jahr

ich arbeite als _____

Arbeiten Sie mit Lösungs-, Reinigungs- oder Desinfektionsmitteln, Farben, Lacken? Sind Sie Schwermetallen, Industrie- oder Autoabgasen ausgesetzt? _____

Wird in Ihrem Umfeld geraucht? ja nein

Benutzen Sie ein Funktelefon oder DECT (Schnurlos)-Telefon _____

Welche elektrischen Geräte befinden sich in ihrem Schlafbereich? _____



Entspannung:

Erreiche ich z.B. durch: TV, Gespräche, Lesen, Meditation, Sport, Yoga, Spaziergänge

Haben Sie anhaltend Stress, Sorgen, Ängste? Sind Sie nervlich überlastet? Können Sie entspannen? Haben Sie seelische Tiefpunkte? Haben Sie Probleme mit Ihrem/r Partner/in? Sind Sie mit sich und Ihrer Umwelt zufrieden?

Gibt es in Ihrem privaten oder beruflichen Umfeld Dinge, die Sie ändern möchten, aber nicht können?

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

Gibt es sonst etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Bei Bedarf kontaktieren Sie uns bitte

per Telefon: **07251-7243911**

per E-mail: **info@hegz.de**

per Post: **Gesundheitszentrum Herrmann, Seegrabenstraße 26, 76698 Ubstadt-Weiher**

Im Internet: **www.herrmann-gesundheitszentrum.de**

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Wir freuen uns darauf, diese Informationen in der Erstanamnese gemeinsam mit Ihnen durchzusprechen!