

**Praxis für Naturheilkunde
Rosalie Maxeiner
Heilpraktikerin**

Datum: _____

Patient/in: _____

Anamnese - Fragebogen -Erwachsene

Aktuelle Anamnese:

Was führt sie zu mir, unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?
(Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Essen)**

Wo genau sind sie lokalisiert? Ausstrahlung?

Häufigkeit bzw. Auftreten der Beschwerden?

**Wie fühlen sich die Beschwerden an? Können Sie diese beschreiben?
(stechend, dumpf, brennend, ziehend, juckend)**

Intensität? Leicht mittel stark unerträglich

Gibt es Begleitsymptome? Andere Beschwerden?

**Was bessert bzw. verschlimmert die Beschwerden?
(Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Sport, Schmerzmittel)**

Gab es eine Behandlung vorher? Wurden von einem Arzt/Heilpraktiker bereits Diagnosen gestellt?

Wurden Bildgebende Verfahren durchgeführt?

**Praxis für Naturheilkunde
Rosalie Maxeiner
Heilpraktikerin**

Datum: _____

Patient/in: _____

Eigenanamnese:

Nehmen Sie derzeit Medikamente? Welche? Wurden in letzter Zeit welche eingenommen? (Abführmittel, Diuretika, Marcumar etc.)

Bestehen Allergien?

Rauchen Sie?

Alkoholkonsum/Drogen?

Berufsgifte?

Treiben Sie Sport? Wenn ja welchen?

Gab es bereits Operationen, welche?

Gab es Bluttransfusionen?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Gab es Reaktionen?

Welche Infektionskrankheiten haben sie durchgemacht? Immunsystem allgemein?

Seit wann haben sie ihre Menstruation? Kommt sie regelmäßig? Stärke Menopause?

Nehmen sie Verhütungsmittel?

Wo haben Sie ihren letzten Urlaub verbracht? Auslandsaufenthalt?

Gab es einen Zeckenstich, wenn ja wann und wie wurde behandelt?

Wie geht es Ihnen nach Verausgabung? Schnelle Erschöpfung?

Vegetative Anamnese

Ernährungsgewohnheiten? Richtlinien

Appetit? Gut/schlecht/normal/Ekel, Heißhunger/nachts

Sodbrennen?

Durst? Wie viel Liter pro Tag?

Haben sie in letzter Zeit zu bzw. abgenommen? Wenn ja wie viele kg/Zeitraum

Stuhlgang

Täglich jeden 2 3 4 unregelmäßig

Riecht nach:

Konsistenz:

Farbe:

Blut:

Urin

Menge?

Farbe?

Geruch?

Nachts?

Harndrang:(plötzlich, absatzweise, nicht vollständig entleert)

Schlaf

Schlaflosigkeit?

Häufiges Erwachen?

Uhrzeit?

Schwierigkeiten beim Einschlafen?

Sprechen Sie im Schlaf?

Unruhe in den Beinen?

Nachtschweiß?

Zähneknirschen?

Schlafzeit von Wann bis Wann?

**Praxis für Naturheilkunde
Rosalie Maxeiner
Heilpraktikerin**

Datum: _____

Patient/in: _____

Familienanamnese

Familienstand:

Kinder:

Eltern:

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.b. Krebs, TBC, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herpes, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, MS, Migräne, Allergien, Gicht, Neurodermitis.

Erbkrankheiten, ähnliche Krankheiten?

Gibt es Todesfälle?

**Verlauf der Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett?
(Zangengeburt/Kaiserschnitt)**

Gab es in Ihrer Kindheit was Besonderes? (spätes Laufen, Sprechen, Lernen, Rachitis, Zahnungsschwierigkeiten etc.)

Berufsbildung?

Ausbildung?

Arbeitszeiten?

Gibt es Probleme im Beruf?

Überlastung?

Hobby/Verein?

Gibt es Haustiere?

Wohnsituation?

Finanzielle Situation?

Haben Sie Eheprobleme?

Sonstige Krisen?

Anamnese – Lokale Symptomatik

Kopf-Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

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

Haben Sie Schwindel? (Drehen, Taumeln, Fallneigung) mit Erbrechen?

Beim Aufstehen/Liegen, morgens, nach dem Essen, Bücken, Kopf wenden?

Kopfhaut/Haare/Haarausfall?

Schluckbeschwerden?

Augen

Tragen Sie eine Brille?

Sehkraft? Kurzsichtig weitsichtig?

Ohr

Schwerhörigkeit? Tinnitus?

Zähne/Kiefer

Gibt es Probleme mit den Zähnen?

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?

Zahnmaterialien:

Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase:

Riechen Sie gut?

Gab es Op´´?

Häufige Nebenhöhlenentzündungen?

Behinderte Atmung?

Mandeln vorhanden?

Schilddrüse:

Überfunktion: Unterfunktion: Vergrößerung: OP:

Sonstiges:

Lunge und Bronchien:

Haben Sie Atemnot?

In Ruhe oder bei Belastung:

Haben Sie Husten?

Auswurf?

Datum: _____

Patient/in: _____

Psychologische Anamnese

Hat sich in letzter Zeit, insbesondere seit Beginn ihrer derzeitigen Beschwerden, etwas in Ihrer psychischen Verfassung geändert? Was?

Können Sie leicht zornig werden, schimpfen oder explodieren? Zu welchen Anlässen?

Können sie weinen? Zu welchen Gelegenheiten? Bessert Weinen Ihren Zustand?

Haben oder hatten Sie (auch als Kind) irgendwelche Ängste? Z.B. vor Dunkelheit, Alleinsein, bestimmte Tiere, Gewitter, Räuber, Höhenangst, Platzangst, Prüfungsangst?

**Wie steht es mit ihrem Ordnungssinn?
Selbstvertrauen?**

Wie wichtig ist Ihnen Ihr äußeres Erscheinungsbild?

Welche Rolle spielt bei Ihnen das Thema Eifersucht/Neid?

Welche Rolle spielen die Eigenschaften Geiz/Verschwendung bei Ihnen?

Wie steht es mit.....?

- **Unruhe/Nervosität**
- **Schreckhaftigkeit**
- **Langsamkeit/Hektik**
- **Geduld/Ungeduld**
- **Eigensinn**
- **Pünktlichkeit**
- **Ehrgeiz**
- **Perfektionismus**
- **Kritik von anderen/ an andere**
- **Geschwätzigkeit**
- **Zuverlässigkeit**

Sind sie ein Mensch, der dazu neigt, sich häufig zu beklagen, oder eher das Gegenteil?

**Sind Sie eher sanft oder grob im Umgang mit anderen?
Können Sie Trost annehmen? Oder eher nicht?**

Sind sie nach einer Kränkung nachtragend?

Grübeln Sie lange über zurückliegende Ereignisse nach, oder können Sie sie schnell hinter sich lassen?

Wie reagieren Sie auf Widerspruch?

Wie steht es mit Ihren geistigen Funktionen?

- Rechnen
- Vergessen
- Denken
- Behalten
- Konzentration
- Aufmerksamkeit
- Zerstreutheit

Sind sie eher ein Optimist oder ein Pessimist?

Was war Ihr größtes Trauma?

Sind sie...?

- willensstark/willensschwach
- schüchtern/kontaktfreudig
- konfliktscheu/konfliktbereit
- entschlossen/unentschlossen
- extrovertiert/introvertiert

Gehen Sie leicht auf fremde Menschen zu?

Haben Sie gern viele Menschen um sich herum?

Sind Sie ein Einzelgänger?

Wie ist Ihr Ortssinn?

Lieben Sie Musik? Hat sie Einfluss auf Ihre Psyche?

Teilen Sie anderen Ihre Probleme mit oder behalten Sie sie lieber für sich?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Zeigen Sie eine ausgeprägte Sammelleidenschaft?

Lieben Sie Ihren Beruf/Ihre Tätigkeit?

Gibt es psychische Verhaltensweisen, die für Sie typisch sind?

Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Wie werden Sie von anderen eingeschätzt?

Gibt es bei Ihnen im psychischen Bereich Dinge, die Sie vor anderen oder bestimmten Menschen unbedingt verbergen möchten?

Sind Sie wetterempfindlich?

Wie vertragen Sie Wärme?

Frieren Sie leicht?

Wie schwitzen sie? (leicht, gar nicht, total, bei Anstrengung/Aufregung, übelriechend, kein Geruch)

Wo? (Nacken, Stirn, Gesicht, Achseln, Rücken, Füße, Schritt etc..)

Gibt es einen bestimmten Traum, der in Ihrem Leben immer wiederkehrt/wiederkehrte)

Sind Sie Rechts oder Linkshänder?

**Praxis für Naturheilkunde
Rosalie Maxeiner
Heilpraktikerin**

Datum: _____

Patient/in: _____

Chronologischer Ablauf vorhandener Krankheiten