



**Heilpraktikerin**

Tanja Frei  
Georges-Andre-Kohn Str.16  
22457 Hamburg  
040/ 48505860

www.praxis-frei.de  
info@praxis-frei.de

## Anamnesefragebogen

<b>Name:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Emailadresse:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Beruf:</b>	
<b>Familienstand:</b>	
<b>Krankenkasse:</b>	

<b>Gewicht:</b>	<b>Größe:</b>
-----------------	---------------

## Beschwerden

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?  
Bitte ordnen Sie Ihre Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit (1 sehr wichtig, 5 nicht so wichtig)**

1.		seit:
2.		seit:
3.		seit:
4.		seit:
5.		seit:

# Krankheitsgeschichte

**Haben Sie bereits Hilfe für Ihre Beschwerden in Anspruch genommen? Wenn ja, bei wem?**

Ärzte:	Kliniken:
Physiotherapie/ Osteopathie:	Heilpraktiker:
Andere:	

**Welche Behandlungen wurden gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?**


**Wie war der Erfolg?**

Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Sehr schlecht
----------	-----	-------	----------	---------------

**Was hat sich kurz vor dem Auftreten Ihrer jetzigen (Haupt-)Beschwerden ereignet?**

Eine Erkrankung	Kummer	Trauer	Schreck	Operation
Hautausschläge	Andere:			

**Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

Was:	Dosierung	Wofür/ seit wann

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr wichtigster Wunsch?**

--


**Chronologische Krankengeschichte:**

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


**Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?**

Masern	Mumps	Windpocken	Gürtelrose
Röteln	Scharlach	Tetanus	Syphilis/ Lues
Keuchhusten	TBC	Malaria	Gonorrhoe/ Tripper
Salmonellose	Ruhr	Kinderlähmung	Tropenkrankheiten
Pfeiffersche Drüsenfieber			

**Wurden Sie schon mal mit Antibiotika behandelt? Wenn ja, wann das letzte Mal?**


**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten (Husten, Bronchitis, Schnupfen, Sinusitis)?**

Nein	Ja	Welche	Wie oft?
------	----	--------	----------

## Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

1 (Eltern), 2 (Großeltern), 3 (Urgroßeltern), 4 (Geschwister)

Krebs	TBC	Psychische Krankheiten	Epilepsie
Herzerkrankungen	Schlaganfall	Asthma	Diabetes
Gefäßerkrankungen	Rheuma	Allergien	MS
Schuppenflechte	Gicht	Neurodermitis	Depressionen
Suizid	Migräne	Geschlechtskrankheiten	Andere

## Impfungen

### Welche Impfungen haben Sie erhalten?

TBC	Röteln	Polio	Cholera
Diphtherie	Gelbfieber	Tetanus	Hepatitis
HIB	Pocken	Keuchhusten	Grippe
Marern	Mumps	Windpocken	

### Gab es Reaktionen auf Impfungen? Wann war die letzte Impfung?

Fieber	Krämpfe	Verhaltensänderungen	Schlaflosigkeit
Schmerzen	Unruhe	Andere	

## Kopf

### Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Häufig	Ab und zu	Ganz selten	Nie
--------	-----------	-------------	-----

### Was hilft Ihnen:

### Wenn ja, wo und wann?

Stirn/ Augen/ Schläfen	Hinterhaupt	Halbseitig links
Halbseitig rechts	Doppelseitig	Wandernd
Morgens	abends	Über den Tag
Auslöser:		
Was verschlechtert die Schmerzen?		

### Gibt es Probleme mit den Haaren? Welche?

Haarausfall	Kreisrund	Vereinzelt	Seit wann?
-------------	-----------	------------	------------

### Gibt es Probleme mit den Augen?

Bindehautentzündungen	weitsichtig	kurzsichtig	farbenblind
Grauer Star	Grüner Star	Kontaktlinsen	Andere
Brille	Seit wann		

### Gibt es Probleme mit den Ohren?

Oft Mittelohrentzündungen als Kind	Tinnitus, seit?	Ohrendruck	Hörgerät re/ li
Schwerhörig			

### Gibt es Probleme mit den Zähnen, mit dem Kiefer? Welche?

Häufige Zahnarztbesuche	Feste Zahnspange	Retainer?
Tote Zähne	Wurzelbehandelte Zähne	Implantate

### Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

Ja	Wann?	Nein
----	-------	------

### Welche Füllungen gibt es im Mund?

Amalgam	Gold	Kunststoff	Keramik	Titan
---------	------	------------	---------	-------

## Gibt es Probleme mit der Nase? Welche?

Atmung behindert	Nase verstopft	NNH Entzündung	Polypen
Nasensekret:	Schleimig	Grünlich	Wässrig
Blutig	Eitrig	Operation	

## Gibt es Probleme mit den Mandeln? Welche?

Häufige Mandelentzündungen	als Kind	als Erwachsene	Entfernung/ wann?
----------------------------	----------	----------------	-------------------

## Gibt es Probleme mit der Schilddrüse?

Überfunktion	Unterfunktion	Vergrößerung	Knoten
OP/ Wann			
Medikamente/ Welche/ Dosis			

# Brust- Bauch- Rücken

<b>Brustdrüse</b>	Beschwerden	Operation	Entzündungen
<b>Herz</b>	Beschwerden	Stechen	Druckgefühl
	Infarkt	Beklemmungen	Rhythmusstörungen
<b>Lunge</b>	Bronchitis	Häufig Husten	Atemnot/ Asthma
	Auswurf	COPD	Emphysem
<b>Leber</b>	Entzündung	Hepatitis	
<b>Galle</b>	Steine	Koliken	Operation
<b>Magen</b>	Völlegefühl	Gastritis	Appetitlosigkeit
	Sodbrennen	Magenspiegelung	Erbrechen
<b>Bauchspeicheldrüse</b>	Entzündung	Diabetes	Typ:
<b>Rücken</b>	Schmerzen	Hexenschuss	Bandscheibenvorfall
	Ischias	Skoliose	Osteoporose
	Schmerzen	Operation	Verspannungen
<b>Nieren/ Blase</b>	Nierensteine	Entzündungen	Zysten

<b>Harn</b>	viel	wenig	häufig
	Inkontinent	Bettnässer	Geruch
	Färbung	Blutig	
<b>Darm</b>	Blähungen	Infektionen	Entzündungen
	Divertikel	Polypen	Hämorrhoiden
	Op	Anuspraeter	Blinddarm OP
<b>Stuhlgang</b>	Täglich	2-3 täglich	Jeden 2.Tag
	Unregelmäßig	Riecht nach:	
	Oft verstopft	Durchfallneigung	Blut im Stuhl
<b>Stuhl-Konsistenz</b>	hell	dunkel	Schwarz
	überriechend	hart	Weich
	Schmierig	Pistenartig	Inkontinent

## Arme- Beine- Haut

<b>Arme</b>	Verletzungen	Schmerzen	Kribbeln
	Kalten Hände	Feuchte Hände	Arthrose
	Tennisellenbogen	Karpatunnelsyndrom	Arthritis
<b>Beine</b>	Verletzungen	Schmerzen	Kribbeln
	Krampfadern	Taubheitsgefühl	Kalte Füße
	Feuchte Füße	Fusspilz	Operationen
<b>Haut/ Nägel</b>	Hautjucken	Pilze	Verbrennungen
	Narben	Geschwüre	Allergien
	Ausschlag	Warzen	eingew.Nägel

## Gynäkologischer/ Urologischer Bereich

<b>Gynäkologisch</b>	Schmerzen	Eierstockentzündung	Myome
	Zysten		
	Geburten		Kaiserschnitt
	Fehlgeburten	Ausschabungen	

<b>Ausfluss</b>	keinen	stark	Weiß
	Gelblich	rosa/ blutig	Übelriechend
<b>Menstruation</b>	Beginn:	Starke Blutungen	Schmerzhaft
	Regelmäßig	Unregelmäßig	
<b>Regelblutung ist:</b>	Klumpig	hell	dunkel
	Braun		
<b>Verhütung</b>	Pille	Hormonspirale	Spirale
<b>Wechseljahre</b>	Beginn:	mittendrin	Vorbei
	Hitzewallungen	Hormoneinnahme	
<b>Prostata/ Urologie</b>	Vergrößert	Beschwerden beim Wasserlassen	Entzündung
	PSA Wert:		

## Schlaf

### Wann ist Ihre gewöhnliche Schlafenszeit?

Übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

Sind Sie nach dem Aufstehen ausgeruht? \_\_\_\_\_

### Was trifft auf Ihren Schlaf zu?

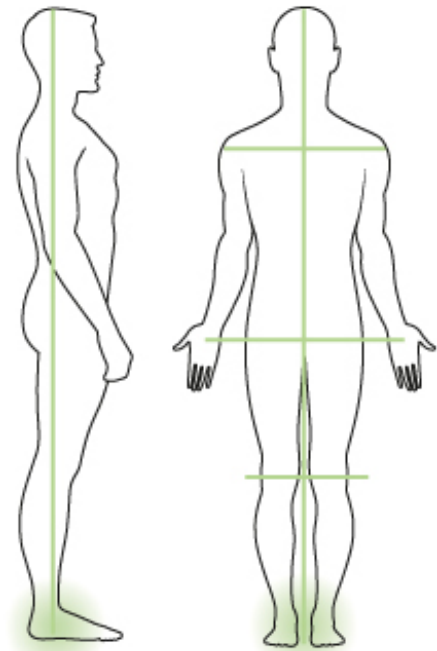
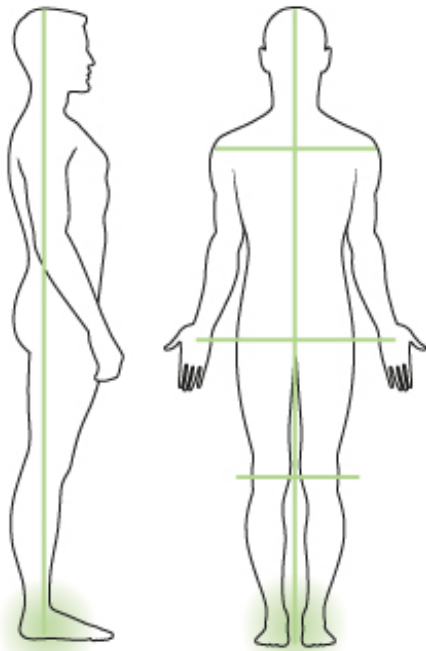
Schlaflosigkeit	Durchschlafschwierigkeiten	Lebhafte Träume
Unruhe in den Beinen	Zähneknirschen	Zähnebeissen/ -pressen
Heiße Füße	Nachtschweiß	Einschlafschwierigkeiten
Häufiges Aufwachen, um wieviel Uhr?		Nächtliches Wasserlassen

### Womit ist Ihr Schlafzimmer, Ihr Schlafplatz ausgestattet?

Schnürloses Telefon, Internet	Elektrische Geräte auf „Stand by“
Wasserbett	Elektrischer Motor im Bett



# Schmerzen



**Vorne**

**Hinten**

**Wo treten die Schmerzen auf? Bitte anzeichnen.**

**Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10, 1= schwach, 10= sehr stark**

**Mein Schmerzempfinden liegt bei:** \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie Schmerzen?**

immer	Mehrmals täglich	Alle paar Tage
Selten		

**Wie war bisher die Schmerzbehandlung und wie erfolgreich ist/ war sie?**

---

---

---

---

