



Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	Fax
Geburtstag	Geburtsort	Geburtszeit
Körpergröße / Gewicht	Beruf	

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:	Intensität:
2.	seit:	Intensität:
3.	seit:	Intensität:
4.	seit:	Intensität:
5.	seit:	Intensität:
6.	seit:	Intensität:
7.	seit:	Intensität:
8.	seit:	Intensität:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge
 andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Emotionales

- Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein
 Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
 Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein
 Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein
 Mögen Sie enge Räume (Fahrstühle etc.)? ja nein

- Mangelnde Konzentration? ja nein
 Sind Sie müde und erschöpft? ja nein
 Reizbarkeit verstärkt? ja nein
 Ängste/Schuldgefühle/Konflikte? ja nein
 Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

- Schwitzen Sie leicht? ja nein
 Schwitzen Sie nachts? ja nein

An welchem Körperteil: _____

- kalter Schweiß warmer Schweiß

- Frieren Sie schnell? ja nein
 kalte Hände kalte Füße

- Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
 sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

- Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?
 sehr gut gut mäßig schlecht

- Haben Sie einen Partner(in)? ja nein

- Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner(in)?
 sehr gut gut mäßig schlecht

- Sind Sie glücklich? ja nein

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker |
| <input type="checkbox"/> Nüsse | |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

- süß
 sauer
 pikant
 bitter
 salzig
 scharf
 Fleisch
 Eier
 Obst
 Nikotin
 Alkohol

Abneigungen gegen

- süß
 sauer
 pikant
 bitter
 salzig
 scharf
 Fleisch
 Eier
 Fett
 Alkohol

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein
 wenn ja welche:

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten
 mit unserer Hilfe zu verbessern? ja nein

Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektromog-Belastungen untersucht worden?

- ja nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
 Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
 Bäche, Flüsse in der Nähe
 Schimmelpilzbelastung
 Antiquitäten/Holzschutzmittel
 Teppichböden
 Mikrowelle

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
 elektrische Geräte im Standby-Modus
 Wasserbett
 eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
 häufiges Erwachen, um wie viel Uhr: _____
 nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
 Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Unruhe in den Beinen
 Sprechen im Schlaf
 Nachtschweiß
 heiße Füße
 Zähneknirschen
 lebhaft Träume

Schlaflage

- Bauch
 Rücken
 links
 rechts
 sitzend
 kniend
 zusammengerollt

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
 Stirn-Augen-Schläfenregion
 Hinterhauptregion
 morgens
 abends
 halbseitig
 links rechts
 doppelseitig
 wandernd von links nach rechts
 wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

- Haarausfall
 kreisrund
 vereinzelt
 seit wann: _____

Augen

- Bindehautentzündung
 kurzsichtig
 weitsichtig
 sonstige Beschwerden
 Brille seit:

Ohren

- Schmerzen links
 Schmerzen rechts
 beidseitig
 Mittelohrentzündungen
 schwerhörig
 Ohrengeräusche
 Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- Häufige Zahnarztbesuche
 Beschwerden bei der Zahnung
 Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
 Wurzelbehandelte Zähne
 Tote Zähne
 Empfindliche Zähne auf
 heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
 Gold
 Titan
 Kunststoff
 Keramik
 Palladium

Nase

- Operationen
 Heuschnupfen
 Allergien auf:

- behinderte Nasenatmung
 Nase verstopft

Absonderungen:

- wässrig schleimig
 eitrig grünlich
 häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- Operation
 häufig Mandelentzündungen
 als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
 Unterfunktion
 Vergrößerung
 Operation

Brust • Bauch • Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
- häufig:

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Geruch nach:

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- riecht nach:
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme • Beine • Rücken • Haut

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- Ausfluss
- keinen
 - stark
 - weiß
 - gelb
 - wundmachend
 - färbt die Wäsche
 - Schmerzen
 - Eierstockentzündungen
 - Ausschabungen
 - Fehlgeburten
 - Geburten, Anzahl: _____
 - Abtreibungen
 - Tumore
 - Zysten
 - Myome
 - Geschlechtskrankheiten

Menses

- Wann war die erste Menses?
- Wann die letzte?
- Blutungen sind
- hell
 - dunkel
 - klumpig
 - braun
 - regelmäßig
 - unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt wird.

Datum

Unterschrift