



Praxis für ganzheitliche und präventive Therapie

Lothringerstr. 12
46045 Oberhausen
Tel. 02842-339 5995
Mobil. 0152-335 661 25
Psychoth.: 0178-157 02 15
info@naturheilpraxis-nigella.de
www.naturheilpraxis-nigella.de

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Nach dem Ausfüllen legen Sie bitte Kopien ärztlicher Berichte und/oder Laborwerte bei und geben Sie diese vor dem Termin ab.

Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Telefon _____
Straße _____ Handy _____
PLZ - Ort _____ E-mail _____
Beruf _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich Privat Beihilfe/Post

Bitte beschreiben Sie gründlich Ihre derzeitigen Beschwerden. Bitte schildern Sie vorwiegend Symptome, nicht bereits durch Dritte Personen gestellte Diagnosen.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? (Erkrankung, Trauer, Kummer, Medikamente, Operation, anderes?)

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne. Sonstiges:

Welche Krankheiten incl. Kinderkrankheiten (in zeitlicher Reihenfolge) haben Sie schon erlebt?

Welche medizinischen Therapien/Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet/haben Sie eingenommen?

Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?

Welche Medikamente und Therapien haben Sie dort erhalten?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein und wogegen?

Welche Impfungen haben Sie bisher bekommen?

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Leiden Sie an Allergien? Unverträglichkeiten?

(z.B. Pollen, Nahrungsmittel, Tierhaare, örtliche Betäubungsmittel, Bienengiftallergie, Penicillin, andere?)

Welche Operationen wurden an Ihnen durchgeführt (auch Blinddarm und Mandeln)? Wann?

Sind Ihnen schon Unfälle zugestoßen? Welche?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig, wie lange, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends halbseitig - links - rechts - doppelseitig –

Haben Sie Schwindel?

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration

Ohren links / rechtsTinnitus seit Schwerhörigkeit seit
andere.....

Zähne/ Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Zahnfüllmaterialien Gold Amalgam Kunststoff Keramik

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkrankung, Vergrößerung, Operation, Medikamente

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

- Leber** Entzündung, Hepatitis
- Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen
- Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
- Stuhl** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übelriechend
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.
- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene
Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig – reizen ein
Haben Sie andere Hautprobleme?
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
0 Ja – bitte beim Besuch zeigen
0 Nein
- Haben Sie Piercing, Tätowierungen?
- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore,
Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche
- Klimakterische Beschwerden
- Nehmen Sie Verhütungsmittel?
Welche
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtverkehr

Körpergewicht _____ **Körpergröße** _____

Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? Wie viel und wie oft?

Rauchen Sie?

Auf einer Skala von 1-10– Wieviel Energie haben Sie? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

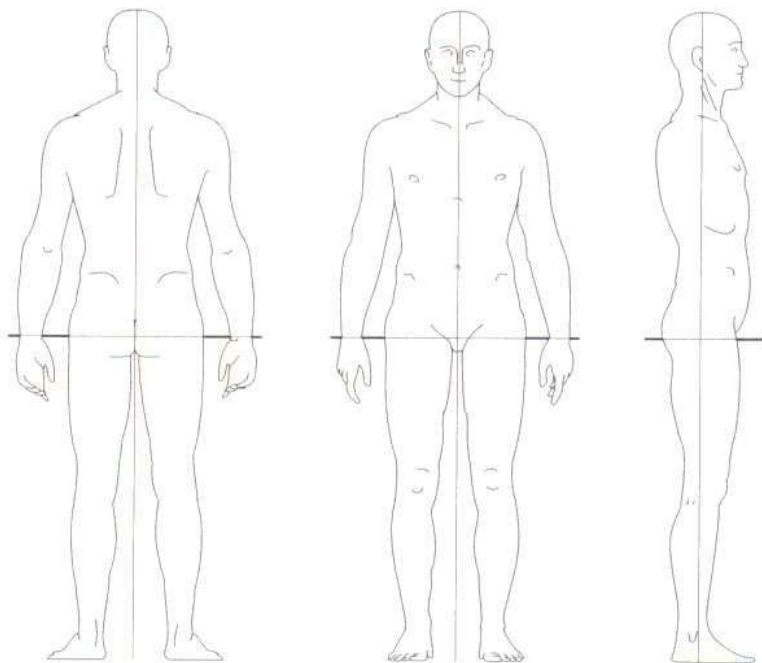
Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen.



Kreuz - punktförmiger Schmerz
Linie - unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?.....

Gab es ein auslösendes Ereignis?.....

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges.....

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Waren Sie auf Reisen oder auch länger im Ausland? Wo? Wann?

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie gestern bzw. heute gegessen haben? Was haben Sie getrunken?

Gestern

Heute

Morgen

Mittag

Abend

Haben Sie Heißhunger, auf...? Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

Welche Lebensmittel vertragen Sie nicht?

Gegen welche Lebensmittel besteht eine Abneigung?