



Anamnese Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße: _____ Tel. gesch: _____

PLZ-Ort: _____ Fax: _____

Familienstand: _____ E-Mail: _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe
 Private Zusatzversicherung Privat-Versicherung: _____

Beruf/Schulklasse: _____

Bei Kindern: Name und Adresse des Rechnungsempfängers: _____

Anleitung:

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 genügend Zeit. **Wichtig:** Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1= sehr sehr gering, 10= extrem stark; z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. „94“)).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie (zunächst die 3 Hauptbeschwerden)
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1. _____
2. _____
3. _____

Bitte bringen Sie Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel die eingenommen werden, sowie den letzten Laborbefund und eine Panoramaaufnahme des Kiefers (OPG) falls vorhanden mit.

Aktuelle Medikamente, Menge der Einnahme (bitte Medikamente und Beipackzettel mitbringen):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente etc.

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

z.B. Krebs, Asthma, Schlaganfall, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechten, Allergien, Neurodermitits etc.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Haemophilus influenzae (HIB), Röteln, Mumps, Gelbfieber, Hepatitis, Cholera, Grippe, Pocken, Varizellen (Windpocken), FSME, Papillomavirus, H1N1 (Schweinegrippe) etc.

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen etc.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Syphilis, Gonorrhoe (Tripper), Tuberkulose, Tropenkrankheiten, FSME, Borreliose, Herpes, Hirnhautentzündung etc.

Wurden sie aufgrund einer Erkrankung schon einmal mit Antibiotika/Kortison behandelt? Falls ja, welches wurde eingesetzt?

Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig? _____

- morgens abends
 Stirn Augen Schläfen Hinterhauptregion
 halbseitig links rechts doppelseitig
 wandernd von links nach rechts von rechts nach links von hinten nach vorn von vorne nach hinten

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Email: Naturheilpraxis.Thielen@t-online.de

Web: naturheilpraxis-astrid-thielen.de

Termine nur nach Vereinbarung



Haare: Haarausfall kreisrunder Haarausfall Schuppen **seit wann:** _____

Augen: Bindehautentzündung Grauer Star kurzsichtig weitsichtig Makuladegeneration
 Lasertherapie Kontaktlinsenträger Brillenträger

anderes: _____

Ohren: Mittelohrentzündung: links rechts beidseitig
 Schwerhörigkeit links rechts beidseitig
 Geräusche: links rechts beidseitig
 Schmerzen

Zähne/Kiefer:

Ja Nein

Häufige Zahnarztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beschwerden bei der Zahnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weisheitszähne gezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Zahnfleischblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____
Wurde bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnspange getragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Womit wurde ausgeleitet?	_____		

Zahnfüllmaterialien aktuell: Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate Retainer

Nase:

Heuschnupfen

Operationen:

Allergien:

Mandeln:

Operation häufige Mandelentzündungen als Kind/ heute Halsschmerzen Mundgeruch



Schilddrüse:

Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation Hashimoto

Brustdrüse:

Knoten Zysten

Beschwerden:

Operation:

Herz:

Beschwerden:

Infarkt, Bypass, Rhythmusstörungen, Druckgefühl, Beklemmung, Stechen

Blutdruck:

Wann zuletzt gemessen? _____ Ergebnis: _____

Lunge:

Lungenentzündung, häufig Husten, Auswurf, Bronchitis

sonstiges: _____

Leber:

Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

sonstiges: _____

Galle:

Steine, Koliken, Operationen: _____ Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

sonstiges: _____

Magen:

Gastritis, Nahrungsmittelallergien, Völlegefühl, Sodbrennen, Appetitlosigkeit

sonstiges: _____



Darm:

Blinddarmoperation, Pilze, Hämorrhoiden, Infektionen, Blähungen ja/ nein, Geruch: _____
sonstiges: _____

Stuhlgang:

täglich, ca. jeden 2./ 3./ 4./ _____ Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____

Neigung zu Verstopfungen, Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel, über riechend, knollig, weich, schmierig, pastenartig

Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, brauche viel Papier/ Toilettenbürste

sonstiges: _____

Niere/ Blase:

Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/ links, Reizblase

Sonstiges: _____

Harn:

Häufig, wenig, viel, schaumig, kann nicht halten, Geruch nach: _____

Arme:

kalt Hände, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellbogen, Verletzungen

sonstiges: _____

Beine:

Krampfadern, kalte Füße, Verletzungen, Operationen, Kribbeln, Schmerzen, offene Wunden, Taubheitsgefühl

sonstiges: _____

Rücken:

Verspannungen, Schmerzen HWS/ BWS/ LWS, Ischias, Rheuma, Hexenschuss, Skoliose, Bandscheibenvorfall

sonstiges: _____

Haut/ Nägel:

Hautjucken, Nagelbettentzündungen, Warzen, Geschwüre, Ekzeme, Pilze, Hautallergien auf (bspw. Creme, Shampoo etc.): _____

sonstiges: _____



Gynäkologie:

Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Ausschabung, Eierstockentzündungen, Fehlgeburten, Geburten (Kaiserschnitt, PDA) – Jahreszahl: _____

Menses:

Wann war die erste Menses (Periode): _____ wann die letzte: _____

Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: _____

Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange: _____

Abstand der Regelblutung: _____

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: _____

Zwischenblutungen: _____

Klimakterische Beschwerden: _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: _____ Seit wann: _____

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? _____

Prostata:

Entzündungen gehabt, Vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, aktuell, häufiges Wasserlassen
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? _____

Allgemeines:

Wo haben Sie Narben? (Mit Jahreszahl der Entstehung und auch kleine Narben eintragen):

Schlaf:

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

Schlaflage:

Rücken, sitzend, zusammengerollt, Bauch, rechts, kniend, links

Träume:

Schön, realitätsnah, schrecklich, gegen Morgen, nachdenklich

Sportarten: _____

Wie häufig?: _____



Ernährung:

Verlangen nach sauer, süß, salzig, pikant, Fleisch, Alkohol

Allergie auf: _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (vegetarisch, vegan etc.)?

Nein/ falls ja welche: _____

Rauchen:

Ja/ Nein seit wann: _____ wie viele Zigaretten am Tag: _____ wann damit aufgehört: _____

Alkohol:

wie häufig: _____ was für Alkohol: _____

Trinken:

Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag: _____ Liter

Was trinken Sie ansonsten: _____

Haustiere:

Haben oder hatten Sie Haustiere? Wenn ja welche: _____

Häuslicher Bereich:

Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich: _____

Verwenden Sie ein schnurloses Telefon: _____

Gab es eine Wohnraumrenovierung, Neubau, Neue Büroeinrichtung, o.ä:

Benutzen Sie ein Mikrowellengerät zur Zubereitung von Speisen oder Getränken:

Auslandsreisen:

Gab es Tropenreisen oder Reisen in fremde Länder:

Schadstoffexposition:

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle, o.ä.:

Wurden zu Ihrer Krankheitsgeschichte bereits bildgebende Verfahren durchgeführt?

Nein Ja welche: _____



Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewendet (auch biologisch z.B. durch Spritzen, Medikamente, Sauerstoff, Infusionen)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zur Zeit (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)? _____

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung (1 = sehr gut, 10 = sehr schlecht)? _____

Was wissen Sie über Ihre Blutwerte:

Chronologie der Krankheitsgeschichte (Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen):



Welche der Folgenden Symptome sind während Ihrer Beschwerden aufgetreten (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

		Ja	Nein
1	Zecken- und Mückenstiche		
2	Hautrötung am Ort des Bisses		
3	Hautrötungen an anderer Stelle		
4	Gelenk- oder Muskelschmerzen in den Füßen		
5	Schwellung an den Zehen oder am Fußballen		
6	Schmerzen am Fußknöchel		
7	Brennen in den Füßen		
8	Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur		
9	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren		
10	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Verlust oder Zunahme)		
11	Erschöpfung, Müdigkeit		
12	Nicht erklärlicher Haarausfall		
13	Geschwollene Lymphknoten		
14	Halsschmerzen		
15	Schmerzen in den Hoden/ den Leisten		
16	Nicht erklärliche unregelmäßige Menstruation		
17	Nicht erklärliche Milchproduktion		
18	Empfindliche Blase oder Blasenfunktionsstörung		
19	Sexuelle Funktionsstörung oder Libido-Verlust		
20	Magenbeschwerden		
21	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfungen, Durchfall)		
22	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen		
23	Kurzatmigkeit, Husten		
24	Herzklopfen, Herzstolpern, Block im Herzreizleitungssystem		
25	Gelenkschmerzen oder Schwellung		
26	Steifheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens		
27	Muskelschmerzen oder Muskelkrämpfe		
28	Zucken im Gesicht oder von andern Muskeln		
29	Kopfschmerzen		
30	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit		
31	Kitzeln, Taubheit, Brennen oder Stiche		
32	Gesichtslähmung (Bellsches Phänomen)		
33	Augen/ Sehvermögen: doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen, verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)		
34	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenscherzen		
35	Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, verstärkte Reisekrankheit		
36	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen		
37	Zittern (Tremor)		
38	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken		
39	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen		
40	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis		
41	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten		
42	Schwierigkeiten beim Sprechen		
43	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen		
44	Gestörter Schlaf, zu viel, zu wenig, frühes Erwachen		
45	Verstärkte Symptome oder schlimmerer Kater nach Alkoholgenuss		
46	Herzgeräusche, Klappen-Prolaps in der Vergangenheit		