



Praxis für Naturheilkunde & Ästhetik

Anja Freund

Heilpraktikerin

Anamnesebogen

Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zu Hause aus und senden Sie diesen zusammen mit der Einverständniserklärung bis spätestens 7 Tage vor dem Ersttermin per Mail oder Post an unten stehende Adresse zurück.

Name: _____
Geb.-
datum: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Mail: _____

Beruf: _____

- Krankenversicherung**
- Gesetzlich versichert (Selbstzahler)
- Privat
- Beihilfe

Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Aktuelle Hauptbeschwerden:

_____ seit / akut: _____

_____ seit / akut: _____

_____ seit / akut: _____

Praxis für Naturheilkunde
Anja Freund

Kurpfalzstraße 25
69226 Nußloch
Mail: kontakt@hp-freund.de

Größe:

Gewicht:

Gewicht: Abnahme seit Monaten um Kg
Zunahme seit Monaten um Kg

Impfungen

	ja	nein
Maser; Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges z.B. Auslandsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durch gemacht?

	Ja	nein
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie Operationen oder Unfälle? Wenn ja, welche:

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wieviel in der Woche ?

Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viele Tassen am Tag ?

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben (Vegetarier, viel Fleisch, Fast Food, unregelmäßig)?

Wieviel Wasser trinken Sie am Tag? Was trinken Sie noch?

Haben Sie Verdauungsbeschwerden?

(z.B. Verstopfung, Durchfall, Reflux, Blähungen, Völlegefühl, Magenschmerzen ...)

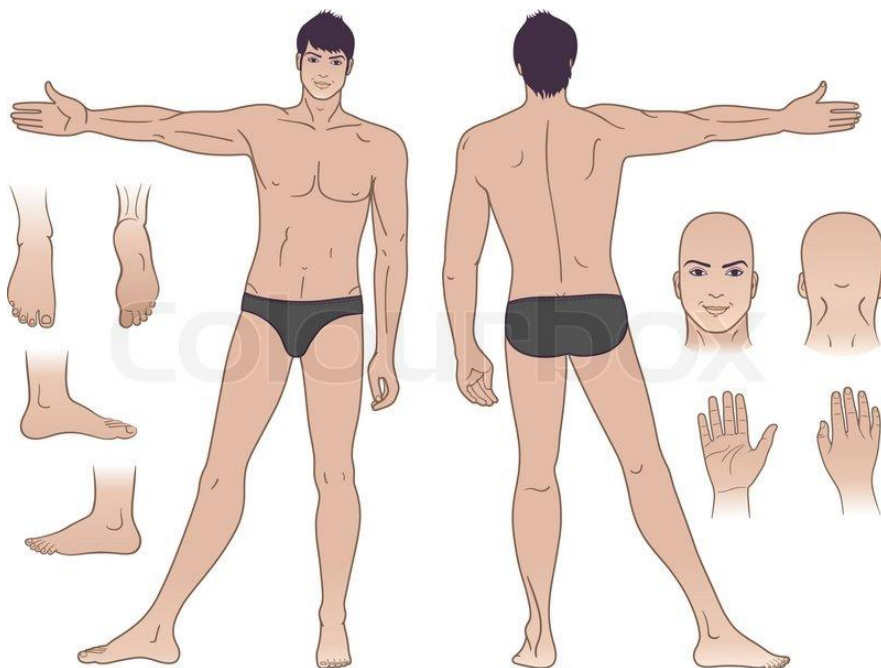
Wie ist Ihr Stuhlgang (hart, dünn, klebrig, fettig, blutig ...)?

Haben Sie Nahrungsunverträglichkeiten?

Haben Sie Hautprobleme? Hat sich Ihre Haut in der letzten Zeit verändert?

Sind Sie schnell erschöpft, energielos oder kraftlos?

Haben Sie Schmerzen? Wo genau und wann treten diese Schmerzen auf?



Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

(stechend, bohrend, tief, oberflächlich, pochend, dumpf, ziehend, wandernd ...)

Besserung der Beschwerden durch:

Verschlechterung der Beschwerden durch:

Bisherige Therapien (was wurde bisher mit Ihnen gemacht)?

Beschreiben Sie ihren Schlaf:

(unruhig, erholsam, ruhig, starke Träume, verschwitzt ...)

Treiben Sie Sport? Wenn ja, was und wie oft?

Für Patientinnen:

ja

nein

Besteht eine Schwangerschaft

Anzahl Schwangerschaften

.....

Anzahl Geburten

.....

Wie ist Ihre Monatsblutung?

(regelmäßig, schmerzhaft, sehr stark, schwach ...)

.....

Beschreiben Sie das Blut:

.....

Dauer des Zykluses:

.....

Haben Sie während Ihrer Regel Begleiterkrankungen oder Symptome?

(Migräne, Brustschmerzen, Kreislaufschwäche ...)

.....

Einnahme hormoneller Verhütungsmittel?

(Pille, Spirale ...)

.....

Beschreiben Sie Ihren Gemütszustand. Wie empfinden Sie sich als Mensch?

Hören Sie auf sich und Ihre Bedürfnisse?

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben? Fühlen Sie sich wohl?

Bitte Kreuzen Sie an (1 = sehr zufrieden bis 6 = unzufrieden)

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark ist Ihr Stress? (Familie, Beruf oder andere Sorgen und Ängste)

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Leiden Sie derzeit oder litten Sie bereits unter (bitte ankreuzen):

Krankheiten von Kopf und Nervensystem

- Kopfschmerzen Migräne Nervenschmerzen Ohrgeräusche
Schlafstörungen Depressionen
Stress
Soziale Schwierigkeiten (Beziehung, Familie, Beruf)

- Suchtkrankheiten
- Nikotin
 - Alkohol
 - Stimulantien
 - Arzneien
 - Sonstige
-

Schilddrüsenerkrankung (wenn ja, welche)?

Krankheiten von Herz und Kreislauf

- Bluthochdruck Niederblutdruck Herzrhythmusstörungen
Herzinfarkt Schlaganfall Unangenehme Herzgefühle
Kollapsneigung Schwindel Ohrensausen
Sonstiges
-

Krankheiten der Atmungsorgane

- Heuschnupfen Asthma Infektanfälligkeit
HNO-Leiden Atemnot Polypen
Sonstiges
-

Krankheiten von Niere und Blase

- Nierenzyste Steinbildung häufiges Harnlassen nachts
Reizblase häufige Blasenentzündung
Sonstiges
-

Erkrankungen der Sexualorgane

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Myome | <input type="checkbox"/> | Zysten | <input type="checkbox"/> | Endometriose | <input type="checkbox"/> |
| PCO | <input type="checkbox"/> | Zyklusschwankungen | <input type="checkbox"/> | Regelbeschwerden | <input type="checkbox"/> |
| Prostata | <input type="checkbox"/> | Libidostörung | <input type="checkbox"/> | | |

Sonstiges

Krankheiten der Verdauungsorgane

- | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | Durchfall | <input type="checkbox"/> | Blähungen | <input type="checkbox"/> |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> | Druckgefühle | <input type="checkbox"/> | Gastritis | <input type="checkbox"/> |
| Darmpolypen | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | Gallensteine | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges

Krankheiten des Bewegungsapparates

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> | Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | Schulter Schmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen im Bereich HWS | <input type="checkbox"/> | Schmerzen im Bereich BWS | <input type="checkbox"/> | Schmerzen im Bereich LWS | <input type="checkbox"/> |
| Ischialgie | <input type="checkbox"/> | Rheuma | <input type="checkbox"/> | Arthrose | <input type="checkbox"/> |
| Gicht | <input type="checkbox"/> | | | | |

Sonstiges

Erkrankungen der Haut

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> | Neurodermitis | <input type="checkbox"/> | Akne | <input type="checkbox"/> |
| Allergie | <input type="checkbox"/> | | | | |

Sonstiges

Gibt es familiäre Leiden / Erbkrankheiten? Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche und seit wann?

Welche Erkrankungen sind bei Ihren Eltern, Großeltern oder Geschwistern aufgetreten?

(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Diabetes, Rheuma, Asthma, Depressionen)

Haben Sie in dem letzten Monat Medikamente eingenommen?

Welche Medikamente / Naturarzneien / Vitaminpräparate nehmen Sie regelmäßige ein?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Bitte vorhandene Arzt- und Laborbefunde in Kopie anhängen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Praxis für Naturheilkunde & Ästhetik
Anja Freund
Heipraktikerin

Kurpfalzstraße 25
69226 Nußloch

Telefon: 06224 - 76 85 50
Fax: 06224 - 76 85 51
Mail: kontakt@naturheilkunde-freund.de

