



NATURHEILPRAXIS
Isabelle Viel

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

Nachname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

email

Geburtstag

Geburtsort

Körpergröße/ Gewicht

Versicherung/ Tarif

Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie dabei die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Welche Behandlungen haben Sie bereits gegen die Beschwerden bekommen?

Wieviele 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 zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Siphilis |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- Ja Nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von der Operation?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> andere: |

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> andere: | |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen | | | |

Emotionales

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Reagieren Sie auf Wärme im Sommer | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie berührungsempfindlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind enge Räume für Sie unangenehm? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| Mangelnde Konzentration? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie müde und erschöpft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reizbarkeit verstärkt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ängste-Schuldgefühle-Konflikte? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wie oft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwitzen Sie leicht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwitzen Sie Nachts? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| An welchem Körperteil: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> kalter Schweiß | <input type="checkbox"/> warmer Schweiß | |

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Frieren Sie schnell? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kalte Hände | <input type="checkbox"/> kalte Füße |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr belastbar | <input type="checkbox"/> mäßig belastbar | <input type="checkbox"/> gar nicht belastbar |
|---|--|--|

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie einen Partner(in)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Wie ist das Verhältnis zur Ihrem Partner(in)?

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

Wie glücklich sind Sie auf einer Skala von 1 bis 10?

- 1= gar nicht 10= sehr _____

Wieviel 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

Ablehnung gegen

- Süß
- Sauer
- Pikant
- Bitter
- Salzig
- Scharf
- Fleisch
- Eier
- Obst
- Nikotin
- 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

Ist Ihr Schlaf und Ihr Arbeitsplatz auf Geopatische und Elektroskok-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 Teppichböden
 Mikrowelle Antiquitäten/ Holzschutzmittel

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/ Internet elektrische Geräte standby
 Wasserbett eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit häufiges Erwachen, um wieviel Uhr? _____
 Unruhe in den Beinen häufiges Wasserlassen. Wie oft? _____
 Lebhaftige Träume Zähneknirschen Nachtschweiß
 Sprechen im Schlaf heiÙe FüÙe Schwierigkeiten beim Einschlafen

Schlafelage

- 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 für Kopfschmerzen

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

- Haarausfall kreisrunder vereinzelter 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 Zahnung
- Tote Zähne
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Empfindliche Zähne
- heiß
- kalt
- Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
- ja
- nein

Zahnfüllmaterialien:

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

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Allergien auf: _____
- Nase verstopft
- behinderte Nasenatmung
- häufige Nasennebenhöhlenentzündungen
- Absonderungen:
- wässrig
- schleimig
- eitrig
- grünlich

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust, Bauch, Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Niere/ Blase

- Nierensteine
- Entzündungen
- häufig: _____

Herz

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

Harn

- viel wenig häufig kann nicht halten Geruch nach: _____

Lunge

- Bronchitis häufig Husten Atemnot

Darm

- Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperationen
 Blähungen, Geruch nach: _____

Leber

- Entzündungen Hepatitis

Galle

- Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch
 Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien

Rücken

- Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose

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/ wieviele: _____
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

Menses

Wann war die erste Menses? _____

Wann war die letzte? _____

Blutungen sind

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden
- beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr