

Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. privat _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____ FAX _____
Beruf _____ E-Mail _____
Wer hat mich empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

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 genug Zeit.
Bitte drucken Sie sich den Fragebogen aus und bringen ihn ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit.
Aus Datenschutzgründen bitte nicht per E-Mail versenden!

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

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

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

(Bitte benutzen Sie die Rückseite)

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann

Nahrungsmittel

Kopf

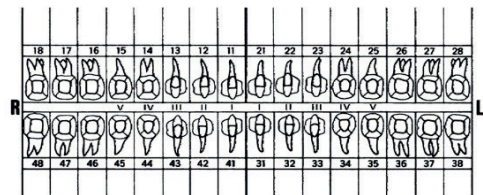
Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

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

Augen Bindehautentz., kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, Gerstenkorn

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

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



Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

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

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Lungenentzündung

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien o.ä.

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
 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.

Rücken – Arme – Beine - Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
- Narben** **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**
0 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

- 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**
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

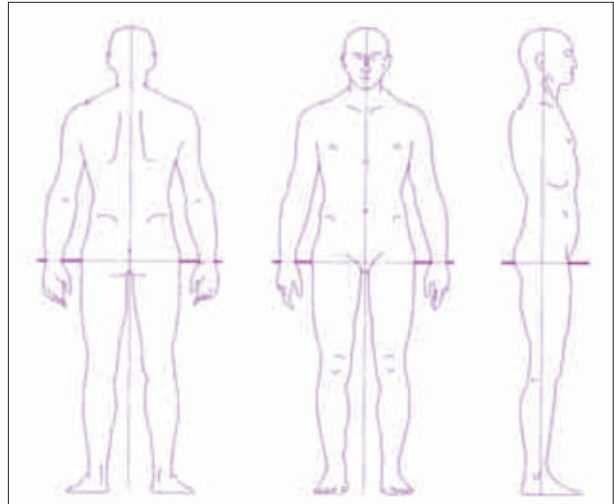
Allgemeines

- Mein aktuelles Körpergewicht** **Meine Körpergröße**
- Taillenumfang** **Hüftumfang** **Oberschenkelumfang**
- Meine Blutgruppe** **Mein Blutdruck**
- Trinken Sie Alkohol?** **Rauchen Sie?**
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**
- Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?**
- Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?**
- Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?**
- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit** übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

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

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend
Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

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

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,
Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

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

(Bitte benutzen Sie auch die Rückseite)

Einverständniserklärung für Behandlungen in der Naturheilpraxis Ute Schröder

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon:

Straße: Hausnummer:

PLZ: Ort:

Hausarzt:

Krankenversicherung
(privat, Beihilfe, gesetzlich):

Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Mir ist bekannt, dass Heilpraktikerleistungen nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind.

Ferner ist mir bekannt, dass unter Umständen nicht alle Leistungen bei privaten Versicherungen oder Beihilfestellen in voller Höhe erstattet werden. In diesem Falle komme ich eigenständig für die Kosten der Behandlung auf.

Nicht wahrnehmbare Termine müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Geschieht dies nicht rechtzeitig, wird der Termin in Rechnung gestellt.

Ort, Datum: Unterschrift:

Einverständniserklärung Abrechnungsstelle:

Um mich vom Verwaltungsaufwand zu entlasten, habe ich die Abrechnungsstelle **“Soliprax e.K.”** mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Hierfür werden die erforderlichen Daten übermittelt und nur zum Zweck der Abwicklung verwendet. Ihnen entstehen keinerlei zusätzlichen Kosten.

Ort, Datum: Unterschrift: