



Heilpraktikerin und Homöopathin

Moorhof 2 D, 22399 Hamburg, Poppenbüttel

Fon: 01799481285

Praxis@PetraSchleifer.de · www.PetraSchleifer.de

Anamnesebogen

Name/ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Straße: _____ Geburtsort: _____

PLZ/ Ort: _____ Geburtszeit: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es, zutreffendes zu unterstreichen; Sie können aber auch gerne ergänzende Informationen zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben.

Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert, was verschlechtert, wann ist das Symptom erstmalig aufgetreten usw.

Auch wenn es Ihnen noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie alles.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? z.B. auch: Wo treten die Beschwerden auf, seit wann, wie, also auch: zu welcher Zeit, wodurch bessern oder verschlechtern sie sich usw.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall usw.

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Welche? (Bitte den Beipackzettel mitbringen)



Haben Sie im letzten Jahr Antibiotikum oder Cortison eingenommen?

Wenn ja, warum?

Ja, _____

Nein

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit, Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Selbsttötung, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit). z.B. Pocken, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Polio, Tuberkulose (BCG), Hämophilus influenza (HIB), FSME, Hepatitis usw.

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit usw.

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie? z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Pfeifersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten usw.

Kopf: z.B. Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit usw.

Augen: z.B. Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Doppelsehen usw.

Nase: z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen usw.

Ohren: z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit usw.

Mund: z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfuß, Aphten usw.

Zähne: z.B. Amalgamfüllungen, tote Zähne usw.

Hals: z.B. Mandelentzündung

Schilddrüse: z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck, Kloßgefühl usw.

Lunge: z.B. häufig Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma usw.

Herz: z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris usw.

Leber - Galle: z.B. Druck/ Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis usw.

Bewegungsapparat: z.B. Stechen, Ziehen, Schmerzen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühle, kalte Hände/ Füße, Gelenksbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen usw.

Rücken: z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen usw.

Magen-Darm-Trakt: z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall usw.

Stuhlgang: täglich; jeden ____ Tag
z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft usw.

Urogenitaltrakt: z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen usw.

Urin: wenig/ viel/ oft/ Geruch/ Farbe usw.

Gynäkologie: z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myome, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahrsbeschwerden usw.

Menses: z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft (vor, während oder nach der Menstruation), Abstand der Regelblutungen, wann war die erste _____, wann die letzte Regelblutung? _____

Prostata: z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, "Nachträufeln", Entzündungen usw.

Haut: z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre usw.

Haare: z.B. Haarwuchs schnell/ langsam, Haarausfall usw.

Nägel: z.B. fleckig, spröde, Rillen usw.

Schlaf: z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß usw.

Schlaflage: z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf usw.

Appetit: z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger usw.

Verlangen nach: z.B. Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränke, Lebensmittel usw.

Abneigung gegen: z.B. Süßes, Saures, Salziges, Fett, Getränke, Lebensmittel usw.

Durst: z.B. wenig, keinen, viel, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes usw.

Geschmack: z.B. süß, sauer, salzig, fade, bitter, metallisch usw.

Schweiß: z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen usw.

Temperaturempfinden: z.B. frostig, kalt, warm, hitzig usw.

Stimmung: z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv usw.

Temperament: z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös usw.

Geselligkeit: z.B. einsam, gesellig usw.

Wovor haben Sie Angst?
