

Anamnese Fragebogen

Vorname: _____
Nachname: _____
Straße: _____
Ort: _____
Telefon: _____
Geburtstag/ort: _____
Beruf: _____
Körpergröße/Gewicht: _____

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bekommen?

Wo? Mit welchem Erfolg?

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

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautauschläge, andere...

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Chronologische Krankengeschichte:

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

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken Scharlach
Tetanus Kinderlähmung Malaria Salmonellose Ruhr Syphilis
Pfeiffersches Drüsenfieber Gonorrhö/Tripper Tropenkrankheiten
Tuberkulose

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? Mit welchen?

Haben Sie Narben von Operationen?

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Geschlechtskrankheiten
Epilepsie Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Schlaganfall
Asthma Zuckerkrankheit Rheumatismus Steinkrankheiten
Multiple Sklerose Gicht Allergien Schuppenflechte Neurodermitis
andere

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose Röteln Polio Cholera Diphtherie Gelbfieber
Tetanus Hepatitis HIB Pocken Keuchhusten Grippe
Masern Mumps andere

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit
Verhaltensveränderungen andere

Emotionales

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?

Sind Sie berührungsempfindlich?

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?

Mögen Sie enge Räume (Fahrstühle, etc.)

Mangelnde Konzentration?

Sind Sie müde und erschöpft?

Reizbarkeit verstärkt?

Ängste- Schuldgefühle- Konflikte?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Schwitzen Sie leicht?

Schwitzen Sie nachts? Kalter Schweiß? warmer Schweiß?
An welchem Körperteil?

Frieren Sie schnell?
Kalte Hände? Kalte Füße?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?
sehr gut gut mäßig schlecht

Haben Sie eine/n PartnerIn?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem PartnerIn?
Sehr gut gut mäßig schlecht

Sind Sie glücklich?

Ernährung

Was trinken Sie und wie viel am Tag?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?
Milchprodukte Weißmehlprodukte Kuchen Eier Nüsse
Zucker Süßigkeiten

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:
Süß Sauer Pikant Bitter Salzig Scharf Fleisch Eier
Obst Nikotin Alkohol

Abneigungen gegen:
Süß Sauer Pikant Bitter Salzig Scharf Fleisch Eier
Fett Alkohol

Nahrungsmittelallergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?
Wenn ja, welchen:

Wurden Sie gestillt?

War Ihre Geburt eine natürliche?

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu verbessern?

Vertragen Sie Alkohol? Wie viel?

Wohnung

Ist Ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog- Belastungen untersucht worden?

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe

Überleitung/ Bahnstrom in der Nähe

Bäche, Flüsse in der Nähe

Schimmelpilzbelastung

Antiquitäten/Holzschutzmittel

Teppichböden

Mikrowelle

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnurlose Telefone/Internet

elektrische Geräte standby

Wasserbett

Eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit

Häufiges Erwachen, um wie viel Uhr _____

Nächtliches Wasserlassen, wie oft _____

Schwierigkeiten beim Einschlafen

Unruhe in den Beinen

Sprechen im Schlaf

Nachtschweiß
Heiße Füße
Zähneknirschen
Lebhafte Träume

Schlafelage

Bauch Rücken links rechts sitzend kniend
zusammengerollt

Kopf

Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**? häufig selten nie
Stirn-Augen-Schläferregion Hinterhauptregion
Morgens abends
Halbseitig links rechts
Doppelseitig
Wandernd von rechts nach links
Wandernd von links nach rechts

Auslöser von Kopfschmerzen _____
Was verbessert Was verschlechtert _____

Haare

Haarausfall kreisrunder vereinzelter seit wann?

Augen

Bindehautentzündung
Kurzsichtig weitsichtig

Sonstige Beschwerden

Brille seit: _____
geläsert wann: _____

Ohren

Schmerzen links rechts beidseitig
Mittelohrentzündungen
Schwerhörig
Ohrgeräusche/Ohrendruck
Ohrendruck

Zähne/Kiefer

Häufige Zahnarztbesuche
Beschwerden bei Zahnung
Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne

Empfindliche Zähne auf kalt warm
Wurzelbehandelte / tote Zähne
Zahnfüllungsmaterialien: Amalgam GoldTitan Kunststoff Keramik
Palladium
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Nase

Operationen
Heuschnupfen
Allergien auf:
Behinderte Nasenatmung
Nase verstopft
Absonderungen: wässrig eitrig schleimig grünlich
Häufige Nasennebenhöhlenentzündungen

Hals

Mandelooperation
Häufig Mandelentzündungen als Kind heute

Schilddrüse

Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust / Bauch / Rücken

Brustdrüse	Beschwerden <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/>
Herz	Beschwerden <input type="checkbox"/> Stechen <input type="checkbox"/> Druckgefühl <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Beklemmung <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/>
Lunge	Bronchitis <input type="checkbox"/> häufig Husten <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Rauchen Sie Zigaretten? <input type="checkbox"/>
Leber	Entzündungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Zirrhose <input type="checkbox"/>
Galle	Steine <input type="checkbox"/> Koliken <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit <input type="checkbox"/>
Magen	Völlegefühl <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien <input type="checkbox"/>
Rücken	Schmerzen <input type="checkbox"/> Hexenschuss <input type="checkbox"/> Ischias <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/>
Niere/Blase	Nierensteine <input type="checkbox"/> Entzündungen <input type="checkbox"/>
Harn	viel <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> kann nicht halten <input type="checkbox"/> Geruch nach:
Darm	Infektionen <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden <input type="checkbox"/> Blindarmoperation <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Geruch nach:
Stuhlgang	täglich <input type="checkbox"/> jeden 2 Tag <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> Geruch nach: Konsistenz: hell <input type="checkbox"/> dunkel <input type="checkbox"/> übelriechend <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> schmierig <input type="checkbox"/> pastenartig <input type="checkbox"/>

Neigung zu Verstopfung Neigung zu Durchfall
Kann Stuhl nicht halten

Arme / Beine / Rücken / Haut

Arme Verletzungen Schmerzen Tennisellbogen 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:

Gynäkologisch/ Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss: keinen stark weiß gelb wundmachend

färbt die Wäsche

Schmerzen

Eierstockentzündungen

Ausschabungen/Fehlgeburten/Abtreibungen

Geburten, wie viele _____

Tumore/Zysten/Myome

Geschlechtskrankheiten

Wann war die letzte Menses? _____

Wann die letzte? _____

Blutungen sind hell dunkel klumpig braun regelmäßig
unregelmäßig

Prostata vergrößert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen

Geschlechtskrankheiten

Sexualität vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim
Geschlechtsverkehr

Ich möchte bei der Heilpraktikerin Margareta Chlewicki behandelt werden.

Ich wurde eindeutig darüber aufgeklärt, dass:

1. Heilpraktiker **nicht** mit den **gesetzlichen Krankenkassen** abrechnen können. Für gesetzlich- pflicht- Versicherte, besteht **keine Erstattungsmöglichkeit** über die Kasse, jedoch die Aussicht die Behandlungskosten steuerlich geltend zu machen. Fragen Sie diesbezüglich Ihren Steuerberater.
2. Die **Privatkassen** und **Beihilfen** übernehmen in der Regel die Behandlungskosten, allerdings unterschiedliche Leistungen nicht oder nur noch in **begrenzter Höhe und Anzahl** erstattet werden. Ausschlaggebend ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker von 1985.
3. Wie hoch die voraussichtlichen Untersuchungs- und Behandlungskosten sein werden.
4. Die entstehenden Kosten unabhängig von jeglicher Versicherungs- und / oder Beihilfeleistung in voller Höhe, am Behandlungstag von mir zu begleichen sind.

Ort, Datum

Unterschrift