

# Anamnese-Fragebogen

Heilpraktikerin Irina Gerweck / Ritter-Wulf-Platz 3 / 21493 Schwarzenbek

---



Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn zum vereinbarten Termin zurück. Nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, wenn diese zutreffen.

Wichtig sind alle Einflüsse, z.B. was bessert, was verschlimmert. Periodizitäten, zu welcher Zeit etc. Nutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt, falls der Platz nicht ausreicht.

**Name**

**Anschrift**

**Geburtstag**

**Telefon**

**Email**

**Beruf**

**Familienstand**

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

z.B. wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter, etc.

**Was war unmittelbar vor dem Auftauchen Ihrer jetzigen Symptome?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Stress, Operation, Hautausschlag, Reise, Impfung, Antibiotika usw.

**Was bessert?**

**Was verschlimmert?**

**Was haben Sie bis jetzt schulmedizinisch oder naturheilkundlich dagegen unternommen?**



**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Welche Grunderkrankungen haben Sie?**

**Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison genommen? Wenn ja, warum?**

**Operationen / Narkosemittel**

**Unfälle / Verletzungen / Narben**

**Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Gicht, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Steinleiden, MS, Allergien, Schuppenflechte usw.

**Welche Impfungen haben Sie wann bekommen? Hat es Reaktionen gegeben?**

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Borrelien, Epstein-Barr-Virus, Yersinien, Salmonellen, Chlamydien, Malaria, Tuberkulose usw.

**Wurden diese Krankheiten behandelt?**



## **Kopf:**

Schmerzen, häufig selten periodisch, Stirn Augen Schläfen Hinterhaupt, halbseitig, beidseitig, wechselnd, morgens tagsüber abends, welche Auslöser, was bessert, was verschlechtert?

## **Augen:**

Rötung, Juckreiz, Brennen, Druck, Lichtempfindlichkeit, Doppelsehen, Gerstenkörner, Bindehautentzündung, Weit-/Kurzsichtigkeit

## **Ohren:**

Mittelohrentzündungen, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Geräuschempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen, Schmerz bei Wind und Kälte?

## **Nase:**

Trockenheit, Niesreiz, Nasennebenhöhlenentzündungen, Schnupfen, häufig, langandauernd, behinderte Nasenatmung, Heuschnupfen, OP

## **Mund:**

Lippen, Zunge, Herpes, Aphten, Zahnfleisch, Entzündungen, Zysten

## **Zähne:**

Zahnschmerzen, Implantate, Amalgam/Ausleitung, andere Materialien, Wurzelbehandlungen, Zahnersatz, Kronen, Brücken

## **Hals:**

Trockenheit im Rachen, Sekretgefühl im Rachen, Sekret wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, Mandelentzündungen, als Kind, heute, > als 4 x Jahr? Schluckbeschwerden

## **Schilddrüse:**

Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto, heiße oder kalte Knoten, Druck, Kloßgefühl



## **Herz:**

Beschwerden, Stechen, Brennen, Druckgefühl, Beklemmungsgefühl, Infarkt, Arrhythmie, Herzrasen, Stolpern

## **Lunge:**

Bronchitis, häufiger Husten: wann? morgens, nachts, wie? trocken festsitzend, schleimig, blutig, eitrig, Auswurf: Farbe, Konsistenz, Asthma, Kurzatmigkeit, Atemnot

## **Schultern, Obere Extremitäten:**

Schmerzen in der Schulter, im ganzen Arm, in einzelnen Gelenken, Kribbeln, Ameisenlaufen, kalte Hände, Verletzungen, Durchblutungsstörungen

## **Rücken:**

Wirbelsäulenveränderungen, Skoliose, Schmerzen, Bandscheibenvorfall, Verspannungen, Hexenschuss, Ischias, Verletzungen, OP, usw.

## **Hüfte, untere Extremitäten:**

Schmerzen in der Hüfte, im ganzen Bein, einzelnen Gelenken, Operationen, Unruhe der Beine, Krämpfe, Taubheitsgefühle

**Leber-Galle:** Steine, Entzündungen, Fettunverträglichkeit, Schmerzen im rechten Oberbauch, Gelbsucht, Hepatitis, Leberflecke, schnell blaue Flecke

## **Magen:**

Aufstoßen, Völlegefühl, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln



## **Darm:**

Blähungen, Völlegefühl, Darminfektionen, Hämorrhoiden, Divertikel, Polypen, Entzündungen, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Blinddarm-OP, Schmerzen

## **Stuhlgang:**

Wie oft: ..... x täglich, alle 2 Tage, unregelmäßig,  
normal geformt (schnittfest), trocken, sehr fest, hart, klumpig, dünn, breiig, wässrig,  
wechselhaft, schmierig, drängend, plötzlich, hell, dunkel, übelriechend, säuerlich, faulig,  
Abführmittel

## **Blase / Nieren:**

Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Steine, Entzündungen, häufig?

## **Harn:**

viel, wenig, normal, häufig, hell, salzhaltig, übelriechend, schmerzhaft,  
kann nicht halten, unwillkürlich, blutig, brennend, flockig, schaumig

## **Ausfluß:**

keinen, stark, weiß, gelb, braun, blutig, dünn, dick, zäh, flockig, wundmachend, übelriechend,  
vor, zwischen, nach der Menstruation

## **weibliches Geschlecht:**

Zysten, Myome, Kondylome, Endometriose, PAP-Wert, OP, Trockenheit, Brennen,  
Ausfluss weiß, gelb, blutig, schleimig, krümelig, dünn, dick, zäh, wund machend,  
Chlamydien, Vaginalpilz, andere Geschlechtskrankheiten



## **Menses:**

wann das erste Mal, Menopause, Zwischenblutungen

Blutung normal, stark, schwach, in welchem Abstand, wie lang, wann, hell, dunkel, klumpig, übelriechend, riecht nach....

Begleitsymptome vor, zu Beginn, während, nach der Menstruation oder zur Zeit des Eisprungs

## **Verhütungsmethode:**

### **Hormontherapie:**

Pille, Hormonspirale, Hormoncreme, Hormonersatztherapie usw.

### **Beschwerden beim Geschlechtsverkehr:**

Trockenheit, Brennen, Schmerzen, Blutungen usw.

### **Geburten**

Wie viele, Verlauf, Fehlgeburten, Abbrüche, Kinderwunsch

### **Brust / Mamma:**

Knoten, Schmerzen, Ausfluss, Schwellung vor, während, nach der Menses usw.

### **männliches Geschlecht:**

Schmerzen, Prostataleiden, Nachträufeln, brennen, Geschlechtskrankheiten, PSA-Wert, erektile Dysfunktion, Kinderwunsch, Behaarung, Akne usw.



## **Haut, Haare, Nägel:**

Trockenheit, Juckreiz, Ekzeme, Allergien, Neurodermitis, Psoriasis, Abszesse, Furunkel, Geschwüre, Verbrennungen, Narben, Operationen, Pilze, Warzen, Nägelkauen, Mykosen, Haarausfall, Schuppen, Nägel fleckig, spröde, deformiert, eingewachsen usw.

## **Allgemeines:**

Müdigkeit, Abgeschlagenheit, schnelle Erschöpfung, öfters gereizt, Schwindel

## **Fieber:**

Fiebern Sie auch mal? Wenn ja, wie hoch? Wie sehen Sie dann aus? Wann? tagsüber, nachts

## **Schwitzen:**

wo besonders, Kopf, Brust, Rücken, Achseln, Hände, Füße, kalt, warm, klebrig, übelriechend, nachts, nervös, riecht der Schweiß oder färbt er die Wäsche?

## **Kälte- / Wärmebedürfnis:**

frostig, kalte Hände/Füße, kalte Füße/Beine, hitzig, warme Hände/Füße, warme Füße/Beine, Wärmflasche

## **Wetterfähigkeit:**

welche Körperteile reagieren

Reaktionen auf Schnee, Sturm, Gewitter, Zugluft, kalten Wind, Hitze, Sonne, Mond

## **Schlafverhalten:**

Schwierigkeiten beim Ein-/Durchschlafen, morgens wie gerädert, Träume, Alpträume, Sprechen im Schlaf, Unruhe, Nachtschweiß, welche Körperregion, aufgedeckt, nur Füße aufgedeckt, heiße Füße, kalt, frieren, Zähneknirschen etc.

**Schlaflage:**

Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.

**Appetit:**

normal, keinen, wenig, viel, Heißhunger nachts

**Verlangen:**

nach Süßem, Saurem, Salzigem, Scharfem, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Butter, Gemüse, Zwiebeln, Obst, Kreide, usw.

**Abneigung:**

gegen, z.B. Süßes, Saures, Salziges, Scharfes, Fleisch, Fisch, Fett, Milch, Ei, Gemüse, Zwiebeln, Obst, usw.

**Mahlzeiten:**

wie viele, in welchem Abstand, wie lange, konzentriert dabei, abgelenkt, warm, kalt, Fast Food

**Vegetarisch, Mischkost, Sonstiges?****Lebensmittelunverträglichkeiten?****Geschmacksbeeinträchtigung:**

schmecken alles süß, sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, faulig

**Durst:**

keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes, große Mengen, kleine Mengen, nachts, warme kalte Getränke, große Schlucke, nachts

**Was trinken Sie?**

**Genussmittel** (Rauchen, Kaffee, Alkohol, Drogen, schwarzer Tee, Cola etc.)

# Anamnese-Fragebogen

Heilpraktikerin Irina Gerweck / Ritter-Wulf-Platz 3 / 21493 Schwarzenbek

---



**Größe:**

**Gewicht:**

**Gewichtsentwicklung:**

**Zufrieden /gewollt**

**Stimmung:**

ausgeglichen, fröhlich, überspannt, schrill, traurig, weinerlich, depressiv

**Temperament:**

mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam, gesellig, lieber alleine

**Wovor haben Sie Angst?**

**Gibt es noch Anmerkungen, die Sie für wichtig halten ?**

**Chronologische Krankheitsgeschichte:**

Unfälle, Verletzungen, Kinderkrankheiten, Operationen, Impfungen etc.