

Naturheilpraxis für gesunden Stoffwechsel und Regulationsfähigkeit

Heilpraktikerin Claudia M. Zimmer

Blumenstr. 66 - 04155 Leipzig

Tel.: 0341-862 8631 Fax: 0341-862 8630

Mail: info@stoffwechselpraxis-leipzig.de

www.stoffwechselpraxis-leipzig.de

Fragebogen - Anamnese

Name

Vorname

Straße

PLZ/ Ort

Telephon

Handy

e-mail

Geburtsdatum :

Geburtsort:

-Erlerner Beruf :

Aktuelle Tätigkeit:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden oder wer hat Sie empfohlen?

Private Krankenkasse ?

Private Zusatzversicherung ?

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus und nehmen Sie sich Zeit dafür. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann ?

Was ist Wunsch und Ziel Ihres Besuches?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
(Erkrankung, Kummer, Trauer, Medikamente, u.s.w.)

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?
(Eltern, Großeltern, Geschwister) (Krebs, TB, Selbstmord, Diabetes, MS, Migräne, u.s.w.)

Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen!

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?
(Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Kinderlähmung, Malaria, Parasiten, Chlamydien, Borreliose, u.s.w.)

Gibt es Allergien? Welche?

Haben Sie Narben?

Hatten Sie eine natürliche Geburt?(oder Kaiserschnitt, Zangengeburt, u.s.w.)

Allgemeines:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Blutgruppe:

Rauchen Sie? Wieviel ?

Wieviel Liter und was trinken Sie am Tag?

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Haben Sie einen Lebenspartner und Kinder?

Wie ist Ihr Verhältnis zu ihm?

Wann haben Sie sich das letzte Mal umfassend wohl gefühlt?

Wie oft treiben Sie Sport?

Welchen ?

Welche Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Kopf :

Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, morgens, abends, halbseitig, u.s.w.?

Mund : Trockenheit, Mundwinkeleinrisse, anderes ?

Haare: Haarausfall, Schuppen, Jucken?....

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, anderes?

Ohren: Ohrgeräusche, Ohrendruck, Schwerhörigkeit anderes ?

Zähne: Besonderheiten? Amalgamfüllungen?

Nase: Beschwerden, behinderte Atmung, Nasenbluten, anderes?

Mandeln: Operation, häufig Entzündung, anderes ?

Schilddrüse: Unterfunktion, Überfunktion, Knoten , anderes ?

Brust & Bauch :

Herz : Beschwerden, Druck, Stechen, anderes ?

Lunge: häufig Husten, Bronchitis, Astma, Atemnot, anderes ?

Leber ? Entzündung, Hepatitis, anderes ?

Magen : Appetitlosigkeit, Gastritis, Übelkeit, Nüchternschmerz, anderes?

Darm: Blähungen, Entzündungen, anderes?

Stuhlgang: täglich / unregelmäßig

Rücken, Arme, Beine, Haut

Arme : Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, kalte Hände, anderes?

Beine : Schmerzen, Krampfadern, Kribbeln, kalte Füße, anderes?

Rücken : Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma , anderes ?

Haut/ Nägel : Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilz, anderes ?

Bewegungsapparat: Unfall, Verspannungen, Osteoporose, Skoliose, HWS -Syndrom, Steifheit, anderes ?

Niere / Blase :

Schwäche, Entzündungen, Kolik, Nierensteine ?

Harn: Viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach ?

Sexualität : bitte markieren.

Normal, vermindert, verstärkt, unbefriedigend, keine Lust, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr?

Frauen/ Gynäkologisch: bitte markieren, wichtig !

Pille, Spirale, Ausfluss, Schmerzen, Eierstockentzündung, Fehlgeburten, Ausschabungen, Entzündung, Trockenheit, Geburten? Wenn ja wieviele?

Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten?

Wann war die erste Mens?

Wann war die letzte Mens ?

Blutungen ? regelmäßig, unregelmäßig, hell, dunkel, anderes?

Männer / Prostata :

Vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasser lassen, Geschlechtskrankheiten , Erektion gestört ?

Immunsystem: bitte markieren!

Häufig Infekte, Autoimmunerkrankung, häufig Schwellung der Lymphknoten, Herpes, Gürtelrose, Wundheilungsstörungen?

Schlaf:

Wieviel Stunden schlafen Sie ?

Häufiges Erwachen ? Wenn ja, wann ?

Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe, Angst, Nachtschweiß, kalte Füße/warme Füße, Schlafmittel?