

Praxis für Mykotherapie & Naturheilkunde

Heilpraktikerin Anett Kopetz, Oelzschauer Straße 3, 04683 Belgershain, Telefon 034347/817658

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig und sorgfältig aus. Er dient dazu, Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben.

Wenn der Platz nicht ausreicht, nutzen Sie bitte die Rückseite.

Name -----
Anschrift -----
Geburtsdatum -----
Größe ----- Gewicht -----
Beruf -----
Familienstand ----- Kinder -----
E-Mail -----
Telefon -----
-

Versicherung: gesetzlich Beihilfe/Post Privat Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung: _____

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerden

Was? _____

Wo? _____

Wie? (z. Bsp. Schmerzen, stechend, dumpf)

Wann? Beginn (seit wann,), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

Sind auslösende Faktoren bekannt ? (Erkrankung, Kummer, Schock, Streß, Operation usw.)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (bitte Beipackzettel oder Verpackung mitbringen, auch Nahrungsergänzungsmittel)

Familienanamnese (welche Erkrankungen traten in der Familie – Geschwister, Eltern Großeltern – gehäuft auf) , z. Bsp. Herzinfarkt, Diabetes, Krebs, Schlaganfall usw.

Soziale Anamnese

- Haben Sie Freunde? _____
- Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? _____
- Wie sind Ihre Wohnverhältnisse? _____
- Sind Sie besonderen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt, z. B. Mobbing? _____
- Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Schad- oder Giftstoffen ausgesetzt? _____

Allgemeine Lebensführung

- Wieviel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Menge: _____
- Welche Art Alkohol? Sorte? _____
- Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? _____
- Seit welchem Lebensalter rauchen Sie? _____
- Haben Sie in der letzten Zeit auffallend an Gewicht verloren? _____
- Haben Sie in der letzten Zeit auffallend an Gewicht zugenommen? _____
- Ist Ihr Schlaf erholsam? _____
- Haben Sie Einschlafschwierigkeiten? _____
- Haben Sie Durchschlafschwierigkeiten? _____
- Wie lange liegen Sie durchschnittlich wach? _____
- Leiden Sie unter Nachtschweiß? _____
- Haben Sie große Sorgen? _____
- Haben Sie viel Streß? _____
- Sind Sie nervös? _____
- Leiden Sie unter psychischen Störungen, wie z. Bsp. Zwängen oder Panikattacken? _____
- Haben Sie auffallend viel Durst? _____
- Worauf? _____
- Haben Sie auffallend häufig auf bestimmte Nahrungsmittel Appetit? Auf welche? _____
- Leiden Sie zurzeit oder sonst häufiger unter Fieber? _____

Allergien

- Gegen Medikamente? Welche? _____
- Gegen Lebensmittel? Welche? _____
- Nahrungsmittelnunverträglichkeiten? Welche? _____
- Histaminintoleranz? _____
- Hausstauballergie? Blütenpollen? Andere? _____

Kopfbereich

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Schwindel | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohnmachtsanfällen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epileptischen Anfällen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie öfter Kopfschmerzen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Probleme mit den Augen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche? _____

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Probleme mit dem Hören? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|

Welche? _____

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Ohrenschmerzen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fließt manchmal Sekret aus den Ohren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie häufig oder anhaltend Schnupfen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie häufig Nasenbluten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Haarausfall? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche? _____

Halsbereich

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Halsschmerzen bzw. Schmerzen beim Schlucken? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Heiserkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Seit wann? _____

Brustbereich

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Husten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
- Wie lange? _____

Wie ist der Auswurf beschaffen? _____

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Atemnot? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Asthma? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, daß Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Welche? _____

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verspüren Sie in der letzten Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sodbrennen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhls, wie z. Bsp. Durchfall, Verstopfung oder Schmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
--	--------------------------	----------------------------

Sind Ihnen Änderungen in der Beschaffenheit, Farbe oder Menge des Stuhls aufgefallen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
---	--------------------------	----------------------------

Welche? _____

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
----------------------------------	--------------------------	----------------------------

Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Beine und Füße

Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wann? _____		
Schmerzen in der Hüfte, Knien, Fußgelenken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Veränderungen _____		
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen und Wasser lassen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? _____

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)? _____

Wie lang ist die Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutungsstärke (Schwach, normal, stark)? _____

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? Welche?

Tritt ein Sekret aus der Scheide aus? Beschaffenheit? Farbe?

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? Welche?

Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen? o ja o nein

Welche? Wo?

Juckreiz? o ja o nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue

Flecken auf? o ja o nein

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus? o ja o nein

=====

Welche Behandlungen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen?

Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

War Ihre Geburt eine natürliche? o ja o nein

Haben Sie Narben? o ja o nein

Wo? _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern	Mumps	Röteln	Keuchhusten
Windpocken	Scharlach	Kinderlähmung	Salmonellose
Ruhr	Gonorrhoe	Tropenkrankheiten	Tuberkulose
Chlamydien-Infektion	Borreliose	Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)	
Yersinien	Parasiten		

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose	Röteln	Polio	Diphtherie
Tetanus	Hepatitis	Gelbfieber	HIB
Pocken	Keuchhusten	Grippe	Mumps
Masern	FSME	HPV	

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

Verhaltensänderungen	Fieber	Krämpfe	Unruhe
----------------------	--------	---------	--------

Schlaflosigkeit neurolog. Ausfälle Hautausschläge

Wie viel trinken Sie täglich? _____ Liter

Was trinken Sie täglich? _____

Essen Sie regelmäßig?

o ja

o nein

Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie täglich ein? _____

Welche dieser Nahrungsmittel nehmen Sie häufig zu sich?

Milch	Milchprodukte	Süßigkeiten	Eier
Weißmehlprodukte	Nudeln	Softgetränke	Kuchen
Weißer Zucker	Alkohol	Fastfood	Süßstoffe
Geschmacksverstärker (Glutamat)			

Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

