

Anamnese – Journal

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
eMail

.....
Geburtstag

.....
Größe (aktuell)

.....
Geburtsort

.....
Gewicht (aktuell)

.....
Geburtszeit

.....
Blutgruppe (falls bekannt)

.....
Beruf

.....
Hobbys

.....
Familienstand (seit wann)

.....
Kinder (Alter und Geschlecht)

.....
Krankenkasse

.....
Zusatzversicherung

speziell für Kinder:

.....
Geburtsgewicht

.....
Apgar-Wert

.....
Geburtsgröße

.....
Besonderheiten bei der Geburt

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterscheiden oder anzukreuzen, wenn sie zutreffen; sonst mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

z.B. wo die Beschwerden sind, seit wann, zeitliche Abfolge des Auftretens, wie äußern sich die Beschwerden, wodurch werden die Beschwerden erleichtert oder verstärkt usw.

Wurden Sie deswegen bereits behandelt? Wie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Stress, Schreck, Operation, Hautausschläge usw.

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Bitte notieren Sie, wer im Einzelnen von den Erkrankungen betroffen war oder ist, soweit es Ihnen bekannt ist.

Erkrankungen	Mutter	Vater	Geschwister (welche?)	Andere Familienmitglieder
Bluthochdruck				
Niedriger Blutdruck				
Herzerkrankungen				
Gefäßerkrankungen				
Schlaganfall				
Asthma				
Tuberkulose				
Rheuma				
Gicht				
Steinkrankheiten (Blase, Niere)				
Krebs				
Epilepsie				
Zuckerkrankheit (Diabetes Typ)				
Multiple Sklerose				
Schuppenflechte				
Allergien				
Geisteskrankheiten				
Geschlechtskrankheiten				
Selbstmord				
Alkoholismus				

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Cholera		Hepatitis A		Meningitis		Haemophilus influenzae	
Diphtherie		Hepatitis B		Mumps		Malariaprophylaxe	
FSME		Kinderlähmung		Röteln		Tuberkulose	
Gelbfieber		Masern		Tetanus		Typhus	
Pocken		Keuchhusten					
Sonstige							

Hat es Reaktionen auf eine der Impfungen gegeben?

z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe usw.

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Röteln		Aids		Diphtherie		Tropenkrankheiten	
Mumps		Keuchhusten		Ruhr		Geschlechtskrankheiten	
Masern		Tuberkulose		Malaria			
Scharlach		Windpocken		Gelbfieber			
Sonstige							

Wurden Sie jemals mit einem Antibiotikum behandelt?

wenn ja: wann, weshalb, wie lange, mit welchem Mittel genau

Kopfbereich

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Häufig, selten, Stirn-Schläfen-Hinterhauptregion, halbseitig-doppelseitig-wechselnd, morgens-tagsüber-abends, Auslöser

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig-weitsichtig, sonstige Beschwerden

Ohren Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen bei Wind, Kälte, Geräusche/ Tinnitus

Zähne / Kiefer

Bitte entsprechende Spalte ankreuzen!

	ja	nein
Häufige Zahnarztbesuche		
Empfindliche Zähne		
Karies		
Wurzel-behandelte, tote Zähne		
Zahnfüllungen mit Gold		
Zahnfüllungen mit Amalgam		
Zahnfüllungen mit Kunststoff		
Zähne gezogen		
Entfernungen von Amalgam		
Ausleitung einer Amalgamintoxikation		

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Nase Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:.....
 behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderungen (wässrig, schleimig, grünlich)
 häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Mandeln häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Operation

Schilddrüse Überfunktionen, Unterfunktionen, Vergrößerungen, Operation

Brust-Bauch-Rücken

Brustdrüse Beschwerden, Operationen

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Auswurf

Leber Entzündung - Hepatitis, Gelbsucht

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis – Magenschleimhautentzündung, Appetitlosigkeit, Geschwüre, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig

Niere/Blase Steine, Entzündungen

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Arme – Beine – Rücken – Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operation, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Schmerzen, Hexenschuss, Ischias, Skoliose usw.
- Haut / Nägel** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung, Allergische Reaktionen auf.....

Geschlechtsorgane

- Gynäkolog.** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund-machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menseswann die letzte.....Zyklus.....
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun, stark, schwach.....
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche.....
Zwischenblutungen.....
klimakterische Beschwerden.....
- Prostata** vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlaflage** Bauch, Rücken, links, rechts, kniend, zusammengerollt
- Träume** Wiederkehrende Träume, Alpträume, schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Ernährung

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (Diäten, Vegan usw.)?
 Falls ja, welche?.....

Essen Sie regelmäßig zum Frühstück, Mittag und Abend?.....

Essen Sie regelmäßig zwischen den 3 Hauptmahlzeiten? Wenn ja, was?.....

.....

An wie vielen Tagen der Woche essen Sie Fleisch?.....

Bereiten Sie Ihr Essen selbst zu? Wenn nein, woher beziehen Sie Ihr Essen (Kantine, Fertigprodukte).....

Wie groß ist Ihre tägliche Trinkmenge an Mineralwasser und/oder Kräutertees?.....

Bitte geben Sie jeweils an, wie gerne Sie etwas mögen oder wie wenig, frei von gesundheitlichen oder anderen Erwägungen. Bitte geben Sie außerdem eventuelle Unverträglichkeiten oder allergischen Reaktionen an.

Nahrungsmittel	Verlangen				Abneigung			Allergie
	stark	mittel	schwach	neutral	schwach	mittel	stark	
Bitteres								
Salziges								
Süßes								
Saures								
Scharfes								
Warme Speisen / Getränke								
Kalte Speisen / Getränke								
Milch								
Fett / Butter / Öl / Sahne								
Fleisch								
Fisch								
Gebratenes								
Getreide								
Schokolade								
Eier								
Obst								
Gemüse								
Kaffee, Schwarzer Tee								
Alkohol								

Naturheilpraxis – Carmen Helms

Sonstiges

		Ja	nein
Schwitzen Sie leicht?			
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?			
Sind Sie wetterempfindlich?			
Treiben Sie regelmäßig Sport?			
Hat sich Ihr Gewicht innerhalb der letzten Wochen verändert?			
	zugenommen / abgenommen?.....		
Rauchen Sie regelmäßig?			
	wie viele Zigaretten pro Tag?.....		
Gibt es belastende Ängste – Schuldgefühle - Konflikte			

Chronologie der Krankengeschichte

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