

Naturheilpraxis agape lifestyle

Anamnese - Fragebogen

agape lifestyle - Heilpraktikerin Sabine Becker
Petersbrunner Str. 15 – 82319 Starnberg - Tel.: 0170 41 31 239
Fax: 08158-9053956 (kommt auf meinen PC!) – Mail: info@agape-lifestyle.de



Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. Privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____ FAX _____

Beruf _____ E-Mail _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung:

Selbstzahler – gesetzliche KV (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr konkretes Ziel?

1.

2.

3.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Unfall, Trennung, Tod, Abschied, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Schwangerschaft (Hormone) usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Herzerkrankung, Gefäßerkrankung, Schlaganfall, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.....

Welche Impfungen und Auffrischungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis kopieren oder mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber (EVB-Virus), Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Zoster, Herpes Simplex, Herpes Labialis, Borreliose, Zeckenbiss (wann? Behandlung?) usw.

Gibt es bekannte Allergien?

Pollen / seit wann
Nahrungsmittel
Weitere

Reaktionen?

Augen, Nase, Atmung, Haut, Müdigkeit, Gelenke,

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

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

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

Ohren links / rechtsTinnitus seit Schwerhörigkeit seit andere.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein
Mit welchen Medikamenten? Wie lange?

.....

Wurzelbehandelte Zähne, welche? Wie viele?

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft Schnupfen

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, wann? Medikamente?

Brust und Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten,
Leber	Entzündung - Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen vor oder nach dem Essen stärker?, Nahrungsmittelallergien
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch
Stuhlgang	täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme	Verletzungen, wann? Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, wann? Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut/Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? 0 Ja , wo? 0 Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abgänge, künstliche Befruchtungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten
Menses	Wann war die erste Periode..... wann die letzte..... Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche? Klimakterische Beschwerden, Schlafstörungen, Haarausfall?
Vitamin D	Wert? Einnahme?
Nehmen Sie Verhütungsmittel?	Welche
Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen - häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, kleine Mengen häufiger, Geruch?

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht..... Meine Körpergröße

Meine Blutgruppe Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

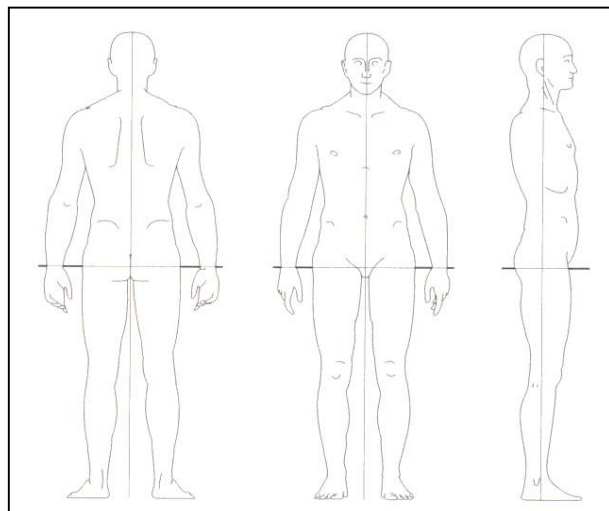
Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen, Hitzewallungen, Gelenkschmerzen, Herzrasen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel oder sonstiges angeben. Bei Testung zur Unverträglichkeit bitte Inhalt in kleinem Glas mitbringen (z. B. Tablette ins Glas)

Chronologie der Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen in zeitlicher Reihenfolge, die Sie durchgemacht haben. Falls nötig auf einem extra Blatt.

Systemische Anamnese / Familiensituation:

Wie sind Sie aufgewachsen? In einer Familie, bei den Großeltern, im Heim?

.....

.....

.....

Leben Ihre Eltern noch, wenn ja, sind sie zusammen oder getrennt? Wann und woran sind sie gestorben?

.....

.....

.....

Gibt es Stiefeltern? Welche Kontakte sind vorhanden, gibt es Streitigkeiten oder Kontaktabbruch?

.....

.....

.....

Waren Ihre Eltern im Krieg direkt betroffen? Gefangenschaft, Front, Lager, Vertrieben, Verluste, wo?

.....

.....

.....

Musste ein Elternteil eine große Liebe aufgeben oder hat sie verloren?

.....

.....

.....

Wievieltens Kind von wie vielen sind Sie? (auch Kinder weiterer Beziehungen) Gibt es verlorene / gestorbene Geschwister?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Krankheiten gibt es bei den Familienmitgliedern? Besondere Wiederholungen, z. B. in jeder Generation ein totes, verlorenes Kind? Behinderungen? Herz-Kreislauf, Krebs, wenn ja welcher, Leber, Sucht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gibt es Verluste jeglicher Art? Heimat, Eltern, Geschwister, Partner, Unfall, Arbeitsplatz, Vermögen...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte erinnern Sie sich an alle Situationen, die ungewöhnlich oder markant im Gedächtnis sind, auch, wenn sie nicht direkt mit Ihnen in Verbindung standen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....