

Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Der Fragebogen ist ein Teil meiner Anamnese, bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie ihn sorgfältig aus.



Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Akutes unterstreichen

Bitte bringen Sie falls vorhanden bitte folgendes mit:

Arztberichte, Blutbilder, Stuhlanalysen, Speicheldiagnostik, Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie zur Zeit nehmen. Falls Sie Ihre Krankengeschichte aufgeschrieben

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon (Festnetz):		Handy:	
Email:			
versichert:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Zusatz	<input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> gesetzlich/SZ
Geburtsdatum:		Alter:	
Größe:		Gewicht:	
Haarfarbe:		Naturhaarfarbe:	
Augenfarbe:			
In Partnerschaft:		Beruf:	
Kinder (wie viele, Alter und Geschlecht):			
Haben Sie Geschwister (wie viele, Alter und Geschlecht):			
Nationalität und Herkunft:		Religion:	

Manche Erkrankungen sind herkunftsspezifisch

Wegen Alkohol und tierischen Produkten in Medikamenten.

Vegetarier

Veganer

Haben Sie den Therapieablauf und das Praxiskonzept gelesen und verstanden

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Welche Therapien haben Sie deswegen schon versucht?

Welche Erwartungshaltung haben Sie an mich?

--

Welche Medikamente (mit Name und Dosis) nehmen Sie regelmäßig ein?

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente		<input type="checkbox"/> Antidepressiva	
<input type="checkbox"/> Blutdruckmittel		<input type="checkbox"/> Cholesterinsenker	
<input type="checkbox"/> Allergiemittel		<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente		<input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Wie oft im Monat und warum?)	
<input type="checkbox"/> Pille		<input type="checkbox"/> Protonenpumpenhemmer (z.B. Omeprazol)	
<input type="checkbox"/> Nasenspray		Sonstige Medikamente	
<input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Mittel: Schüssler Salze, Homöopathie			

Wann war das letzte Antibiotika und warum?

Haben Sie Cortison über einen längeren Zeitraum genommen, wenn ja warum?

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie momentan ein? Machen Sie ein Foto oder bringen Sie sie mit.

<input type="checkbox"/> Multivitamin	<input type="checkbox"/> Selen	<input type="checkbox"/> Rhodiola	<input type="checkbox"/> Basenmittel	<input type="checkbox"/> Abführmittel
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	<input type="checkbox"/> Magnesium	<input type="checkbox"/> Guarana	<input type="checkbox"/> Zeolith	<input type="checkbox"/> Flohsamenschalen
<input type="checkbox"/> Vitamin B Komplex	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Medizinpilze	<input type="checkbox"/> Bentonit	<input type="checkbox"/> Leinsamen
<input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Jod	<input type="checkbox"/> Probiotika	<input type="checkbox"/> DAOzym	<input type="checkbox"/> Chia
<input type="checkbox"/> Vitamin C	<input type="checkbox"/> Aminosäuren		<input type="checkbox"/> Laktase	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Haben Sie Allergien?

<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Sellerie	<input type="checkbox"/> Pflaster	<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/> Penicillin
<input type="checkbox"/> Korbblütler	<input type="checkbox"/> Nüsse	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Tierhaare	<input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure
<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Nickel	<input type="checkbox"/> Tiergifte	<input type="checkbox"/> Lidocain
<input type="checkbox"/> Gräser	<input type="checkbox"/> Erdbeeren	<input type="checkbox"/> Sonne	<input type="checkbox"/> Schimmelpilze	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Haben Sie nachgewiesene Unverträglichkeiten?

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laktose | <input type="checkbox"/> Salicylate | <input type="checkbox"/> Glutensensitivität | <input type="checkbox"/> Milcheiweiß | <input type="checkbox"/> MCS |
| <input type="checkbox"/> Fruktose | <input type="checkbox"/> Histamin | <input type="checkbox"/> Weizenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Milchfett | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Sorbit | <input type="checkbox"/> Glutamat | <input type="checkbox"/> Ananas | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="text"/> |
- Haben Sie einen Verdacht auf eine Unverträglichkeit?

Verdauungstrakt (akutes unterstreichen)

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen Brustbein | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe morgens | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> vorm Essen | <input type="checkbox"/> Reflux | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe n. Essen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe v. Essen | <input type="checkbox"/> im Wechsel | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Darmkrämpfe immer | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Polypen |
| <input type="checkbox"/> Magenulkus | <input type="checkbox"/> Roemheld-Syndrom | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> unvollständige Entleerung | <input type="checkbox"/> Divertikel |
| <input type="checkbox"/> Gastritis A B C | <input type="checkbox"/> aufgeblähter Bauch | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Stuhl drang nach Essen | <input type="checkbox"/> Divertikulitis |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Schulter li. | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Afterjucken | <input type="checkbox"/> Besserung nach Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Dünndarmfökalsteinbildung SIBO |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Oberbauch | <input type="checkbox"/> gehen die Blähungen ab | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Stuhl drang bei Nervosität | <input type="checkbox"/> Leaky Gut Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Geruchlos | <input type="checkbox"/> Fissuren | <input type="checkbox"/> Dünndarmulkus | <input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Geruch faule Eier | <input type="checkbox"/> Stuhl geht mit ab | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Darmkrebs |

Toilettengewohnheiten

- Müssen Sie pressen?
- Lesen Sie?
- Handy auf der Toilette?
- Schränkt Sie der Stuhlgang im Alltag ein?

Wie oft pro Tag groß?

Wie lange sitzen Sie?

Stuhlbeschaffenheit

- Stuhl hart
- Stuhl weich
- Stuhl voluminös
- Stuhl schwimmt
- Stuhl schmiert
- Stuhl geformt
- Stuhl ungeformt
- Stuhlfarbe
- Blutauflagerungen
- Toilettenpapier viel
- Toilettenpapier wenig
- Feuchtes Toilettenpapier

Leber

- Leberzirrhose
- Lebervergrößerung
- Leberentzündung
- schlechte Leberwerte
- Fettleber
- Cholesterin hoch
- Leberzyste
- Zystenleber
- Alkohol
- Rohkost am Abend
- Smoothies

Gallenblase

- Galleschmerzen
- Gallensteine
- Gallengries
- Entzündung
- Gallestau
- Gallenlufstsyndrom
- Schulterschmerzen rechts
- Schmerzen unterm Rippenbogen rechts
- Gallenblasen-OP
- Schmerzen nach Kaffee

Bauchspeicheldrüse

- Entzündung akut
- Entzündung chronisch
- Diabetes Typ 1 angeboren
- Diabetes Typ 1 Autoimmun
- Diabetes Typ 2
- Enzymmangel
- Schmerzen kreisförmig Oberbauch
- Stuhl drang nach Essen
- Mumps als Kind
- Insulinresistenz
- Schwangerschaftsdiabetes

Wie ernähren Sie sich aktuell, bitte unterstreichen? Was haben Sie schon ausprobiert?

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vollwertkost | <input type="checkbox"/> Vegetarier | <input type="checkbox"/> Paleo | <input type="checkbox"/> Intermittierenden Fasten | <input type="checkbox"/> Smoothies |
| <input type="checkbox"/> Mischkost | <input type="checkbox"/> Laktovegetarier | <input type="checkbox"/> AI Paleo | <input type="checkbox"/> FODMAPs | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes |
| <input type="checkbox"/> Rohkost | <input type="checkbox"/> Veganer | <input type="checkbox"/> Low-Carb | <input type="checkbox"/> Wie süßen Sie? | <input type="checkbox"/> Energiedrinks |
| <input type="checkbox"/> Trennkost | <input type="checkbox"/> Makrobiotik | <input type="checkbox"/> Eiweißdiät | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Zuckerfreie Kaugummis |

Wie viel Trinken Sie am Tag und was? (Kaffee, Tee, Wasser etc.)

Wie viel Durst haben Sie? viel wenig

Wie oft Essen Sie am Tag?

Sind Sie hungrig? Essen Sie aus Appetit Essen Sie gerne? Essen Sie, weil Sie müssen? Angst vorm Essen?

Schmeckt Ihnen Ihr Essen im Moment? ja nein, warum nicht

Verzichten Sie freiwillig auf?

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Zucker | <input type="checkbox"/> Histaminhaltige Lebensmittel |
| <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Weizen | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte | <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> |

Was essen Sie am liebsten?

Was mögen Sie gar nicht?

Haben oder hatten Sie eine Essstörung? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja, nein

Rauchen Sie? ja, wie viele? nein

Nehmen Sie Drogen? ja, wie viele? nein

Histaminintoleranz (Histaminüberschuss bzw. -abbauproblem)?

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung Gesicht | <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> tränende, jucken Augen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hitze Gesicht | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Gehirnnebel |
| <input type="checkbox"/> Röte Gesicht | <input type="checkbox"/> Halsschwellung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Rotes Dekolleté | <input type="checkbox"/> Fließschnupfen | <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Durchfall | |
| <input type="checkbox"/> Quaddeln | <input type="checkbox"/> Verstopfte Nase | <input type="checkbox"/> Kreislaufstörung | <input type="checkbox"/> Juckreiz | |
| | | <input type="checkbox"/> Quercetin | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> |

Nehmen Sie was ein?

Antihistamin

Wie lange dauern die Symptome an?

Schilddrüse

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Überfunktion | <input type="checkbox"/> Knoten allgemein | <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Schweinehormone | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Knoten heiß | <input type="checkbox"/> Thybon (T3) | <input type="checkbox"/> Rinderhormone | <input type="checkbox"/> Warum? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Thyreoiditis de Quervain | <input type="checkbox"/> Knoten kalt | <input type="checkbox"/> Kombipräparat | <input type="checkbox"/> Jod | <input type="checkbox"/> Wann? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse vergrößert | <input type="checkbox"/> Zysten | <input type="checkbox"/> Thyroxin mit Jod | | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs |
| <input type="checkbox"/> Kropf | <input type="checkbox"/> Schilddrüse klein | <input type="checkbox"/> keine Hormone | | <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie |

<input type="checkbox"/> Hashimoto Thyreoiditis	oder	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion		
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Zyklusprobleme	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> müde
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Libidoverlust	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> erschöpft
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Nervenschmerzen	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> wütend
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Kälteempfindlich	<input type="checkbox"/> Unkonzentriert	<input type="checkbox"/> enttäuscht
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Puls langsam	<input type="checkbox"/> Myxödem	<input type="checkbox"/> Gehirnnebel	<input type="checkbox"/> traurig
<input type="checkbox"/> Morbus Basedow oder		<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion		
<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> Trockene Augen
<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Heißhunger	<input type="checkbox"/> Muskelzittern	<input type="checkbox"/> Rastlosigkeit	<input type="checkbox"/> Carbimazol
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Durst	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> wütend	<input type="checkbox"/> L-Thyroxin
<input type="checkbox"/> Myxödem	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Wärmeintolerant	<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Beta-Blocker
<input type="checkbox"/> Kropf	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Zyklusprobleme	<input type="checkbox"/> Libidoverlust	<input type="checkbox"/> Wie viele Krisen hatten Sie?

Gab es ein Ereignis bevor die Schilddrüsenerkrankung kam z.B. nach Geburt, hohe Stressphasen etc.?

Wann war die Diagnose der Schilddrüsenerkrankung?

Liegen Schilddrüsenerkrankungen in der Familie? ja ja, wer nein

Vertragen Sie die Schilddrüsentabletten? ja ja nein

Weiteres Hormonsystem

Nebenniereninsuffizienz Nebennierenadenome Hypophyseninsuffizienz Hypophysentumor Nebenschilddrüsen

Nebennierenschwäche Cortisol-Dysbalance:

<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Lethargie	<input type="checkbox"/> Infektanfällig	<input type="checkbox"/> Erschöpfung trotz Pausen und genügend Schlaf
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> keine Stressresistenz	<input type="checkbox"/> Tagespensum nur unter Anstrengung erreichen
<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig	<input type="checkbox"/> schnell überfordert	<input type="checkbox"/> Zunahme der Unverträglichkeiten
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> schnell am ausrasten	<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen

Schlafqualität

gut schlecht Einschlaf-Probleme Durchschlaf-Probleme

Anzahl der Stunden Aufwachtzeit Wie lange brauchen Sie? Wann und wie oft wachen Sie auf

müssen Sie mehr als einmal pro Nacht aufs Klo

Stoffwechsel

HPU/KPU Gicht Adipositas Insulinresistenz

Fragen an die Frauen

<input type="checkbox"/> Periode regelmäßig	<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Östrogendominanz	<input type="checkbox"/> Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt
<input type="checkbox"/> Periode unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Ausfluss	<input type="checkbox"/> Progesteronmangel	<input type="checkbox"/> Schwanger	<input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft
<input type="checkbox"/> Zyklusdauer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Geruchlos	<input type="checkbox"/> Progesteronüberschuss	<input type="checkbox"/> Schwanger gewesen	<input type="checkbox"/> Abbruch
<input type="checkbox"/> Blutungsdauer <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Geruch	<input type="checkbox"/> Myome	<input type="checkbox"/> Kaiserschnittgeburt	<input type="checkbox"/> Ausschabung
<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit	<input type="checkbox"/> Zysten	<input type="checkbox"/> Natürliche Geburt	<input type="checkbox"/> Endometriose
<input type="checkbox"/> Regelschmerzen	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim GV	<input type="checkbox"/> PCO		<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung

Wie verhüten Sie aktuell, bitte unterstreichen? Welche Verhütungsform haben Sie schon verwendet?

Pille Depotspritze Spirale (Kupfer) Verhütungscomputer

Nuva Ring Spirale (Hormon) Diaphragma Kondome

Verhütungspflaster Verhütungsstäbchen Temperaturmethode Sonstiges

Vertragen Sie die Pille? ja nein Nehmen Sie die Pille durchgängig?

Wann war die letzte Periode? Erste Periode (als Mädchen) Letzte Periode (als Frau)

Sind die Hormone getestet worden? Blut Speichel Ergebnisse bitte mitbringen.

Nehmen Sie Hormone Progesteron oder DHEA etc.? ja nein

Warum und seit wann?

Endometriose

Diagnose bestätigt OP Bericht mitbringen Pille ja Pille nein Schokoladenzysten

Operation wie viele? wird durchgenommen Periode regelmäßig Myome

Wie viele? wird vertragen Zwischenblutungen

Wann und wo sind die Schmerzen

immer ab Eisprung Mittelschmerz vor der Periode während der Periode

bei Wasserlassen beim Stuhlgang Unterbauch Gebärmutter Eierstock

Sind Sie in den Wechseljahren?

ja, seit wann? Schweißausbrüche trockene Haut Muskelschmerzen

Periode regelmäßig Myome Hitzewallungen trockene Scheide Osteoporose

Zyklusdauer Gewichtszunahme Nachtschweiß trockene Augen Stimmungsschwankungen

Blutungsdauer Gewichtszunahme Bauch Kopfschmerzen Haarausfall Depressionen

keine Periode Blasenschwäche Herzrasen Libidoverlust

Dauerblutung Kopfschmerzen

Frage an die Männer:

Trichterbrust Probleme beim Wasserlassen Kinderwunsch Libidoverlust

Haarausfall Prostataprobleme Mumps gehabt Speichel Ergebnisse bitte mitbringen.

Sind die Hormone getestet worden? Blut

Sport

- Fitness Studio
- Ballsport
- oft Muskelkater
- lange Regenerationsphasen

- ja
- Kraftsport
- Kampfsport
- schneller Muskelaufbau
- langsamer Muskelaufbau

- nein
- Cardio
- Sonstiges
- Gewicht zu hoch
- Gewicht zu niedrig

- Pilates
- Treiben Sie viel Sport?
- Schwitzen Sie viel?
- Schwitzen Sie wenig?

- Yoga
- zu Müde für Sport
- Eiweißshakes
- Proteinriegel

Hals

- Halsschmerzen
- Kehlkopfentzündungen
- Mandelentzündungen
- Mandelsteine
- große Mandeln
- Räuspern
- Heisere Stimme
- Struma
- Kloßgefühl
- Husten
- Lymphknoten geschwollen

Mund

- trocken
- Speichelfluss wenig
- Speichelfluss viel
- Speichelsteine
- brennen
- Aphten
- Herpes
- Pilz
- Zungenbelag
- Farbe
- Zungen groß
- eingerissene Mundwinkel
- Mundgeruch
- Schlechter Geschmack
- Lippen trocken
- Zahnschmerzen

Ohren

- Ohrenscherzen
- Ohrentzündungen
- Tinnitus
- Hörsturz
- Schwerhörig
- Ohrenschmalz viel
- Ohrjucken
- Ohrensausen
- Ohrendruck
- Mittelohrentzündung
- Schwindel

Augen

- Augenentzündungen
- Bindehautentzündung
- Tränende
- Trockene
- Geschwollene
- Rot
- Verklebt
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille
- Kontaktlinsen
- gelasert
- Grüner Star
- Grauer Star

Herz/Kreislauf

- Herzerkrankung
- Herzrasen
- Herzstolpern
- Puls schnell
- Puls langsam
- Blutdruck hoch
- Blutdruck niedrig

Fingernägel

- brechen ab
- weich
- hart
- Rillen
- fleckig
- Rillen
- Pilz

Haare

- fettig
- trocken
- Schuppen
- Ekzeme
- Haarausfall
- Haarbruch

Nase

- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Nasenbluten
- Niesen
- Verstopft
- Stinkend
- Polypen
- Schnarchen
- Verkrustungen
- Geruchsverlust
- Nasenspray

Lunge/Bronchien

- Lungenentzündung
- Lungenfibrose
- Staublunge
- COPD
- Bronchitis
- Asthma
- Asthma allergisch

Blut

- Durchblutungsstörungen
- kalte Hände
- kalte Füße
- frieren
- Krampfadem
- Besenreiser
- B 12 Mangel
- Cholesterin erhöht
- Leukämie
- Schlaganfall
- Gerinnungsstörung
- Thrombosen
- Anämie
- Eisenmangel

Haut

- trocken
- fettig
- schuppig
- unrein
- entzündet
- Juckreiz

- fleckig
- Akne
- Urtikaria
- Neurodermitis
- Psoriasis
- Vitiligo

- Schwitzen stark
- Geruch
- Geruchlos
- überall
- Kopf
- Wo?

- Pilze
- Ekzeme
- Wundheilungsstörungen
- Melanome
- Pigmentflecken

- Orangerhaut
- Tattoos
- Piercings
- starke Narbenbildung
- viel Hornhaut

Blase

- Blasenentzündung
- Blasenentzündung häufig
- Schmerzen
- brennen
- Blasenspiegelung

- Reizblase
- schwache Blase
- Inkontinenz
- Trampolin springen
- Lachen

Niere

- Nierenbeckenentzündung
- Nierensteine
- Nierengries
- Nierenschmerzen
- Rückenschmerzen

- Doppelnieren
- Zystennieren
- Eiweißshakes
- Hautprobleme

Milz

- vergrößert
- EBV-Virus
- operiert

Sind Sie geimpft?

- Corona
- Tetanus
- Meningokokken
- Herpes Zoster

- ja
- Diphtherie
- HPV
- Influenza

- nein
- Polio
- FSME
- Windpocken

- Impfstoff
- Hepatitis B
- Mumps
- StroVac

- Masern
- Röteln
- Keuchhusten

Hatten Sie schon eine Infektionskrankheit? (Bitte Jahr angeben)

- Virushepatitis A, B, C, D, E
- Influenza
- EBV/Pfeiffersches Drüsenfieber
- Covid-19
- Keuchhusten
- Windpocken
- Masern

- Diphtherie
- Borreliose
- FSME

- Röteln
- Hirnhautentzündung
- Meningokokken

- Pneumokokken
- Malaria
- TBC

Verlauf:

Verlauf:

Wo?

- Bestrahlung

- Chemotherapie

- Medikamente

Hatten Sie eine Krebserkrankung?

- Wann?

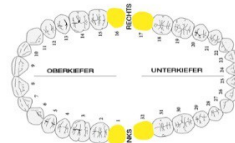
- Operation

Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- Amalgam
- Amalgam entfernt?
- Kunststoff
- Keramik

- Gold
- Implantate
- Weisheitszähne vorhanden
- Milchzähne vorhanden

- Zahnschmerzen
- empfindliche Zähne
- Zahnfleischentzündung
- Zahnfleischbluten



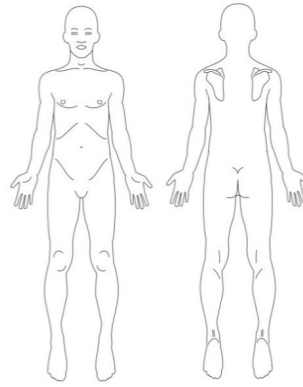
Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein.

Kopf

- Kopfschmerzen
- Spannungskopfschmerzen
- Trigeminus
- Facialis
- Spannungskopfschmerzen
- Gesichtsschmerzen
- Migräne

Muskeln, Nerven und Knochen

- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Skoliose
- Hohlkreuz
- Rundrücken
- Morbus Scheuermann
- ISG
- Steißbein
- Rippen Schmerzen
- Muskelkrämpfe
- Schulter Impingement
- Sehnscheidenentzündung
- Karpaltunnelsyndrom
- Meniskus
- Ganglion
- Leistenbruch
- Ischias
- geschwollene Beine
- Schleudertrauma
- Bandscheibenvorfall
- Wo?
- Anlaufschmerz
- Ruheschmerz
- kleine Gelenke
- große Gelenke
- Morbus Bechterew
- Kollagenose
- Osteoporose
- Muskelkrämpfe
- Muskelschmerzen
- Muskelzittern
- Myogelosen
- Restless Legs
- Arthrose
- Arthritis
- Rheumatoide
- Fibromyalgi
- Rheuma
- ANA
- HLA-B27
- Rheumafakt
- Anti CCP
- ANCA



Was nehmen Sie hierfür ein?

Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenabrissse? Wenn ja, Wo?

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Hatten Sie schon mal einen Autounfall? ja nein

Hatten Sie schon andere Unfälle? Wenn ja, was für welche? Wann?

Schmerzanamnese

Intensität 1-10 Dauer? Wann Tageszeit?

Schmerzqualität

- quälend
- lähmend
- heftig
- Vernichtungsschmerz
- dumpf
- drückend
- ziehend
- stechend
- pocht
- brennt
- kribbeln
- elektrisierend
- kalkartig

Welche Operationen hatten Sie? (Bitte Jahr angeben)

- Blinddarm
- Gallenblase
- Mandeln
- Schilddrüse
- Bandscheibe
- Nasenpolypen
- Nasenscheidewand
- Zahn-OP
- Darm-OP
- Krampfadern
- Gebärmutter
- Zysten
- Endometriose
- Kaiserschnitt
- Bauchspiegelung
- Knie re__li__
- Schulter re__li__
- Hüfte re__li__
- Karpaltunnel re__li__
- Halux re__li__
- Brust-OP
- Augen gelasert
- Lidstraffung
- Nasenkorrektur
- Transplantationen

Welche Vorerkrankungen gibt es in der Familie? (z.B. Genetische Erkrankungen, Krebs, Schilddrüse, Herzleiden)

Eltern:

Geschwister:

Großeltern:

Tanten und Onkel:

Aus ganzheitlicher Sicht ist es für mich auch wichtig Ihre persönlichen Verhältnisse zu erfahren.

- Wie war Ihre Geburt? Natürlich Kaiserschnitt gestillt Flaschenkind
- Wie war Ihre Kindheit? glücklich unglücklich eigene Aussage:
- Wie war Ihre Pubertät? glücklich unglücklich eigene Aussage:
- Wie war Ihre Schulzeit glücklich unglücklich eigene Aussage:

Fragen zu Schule, Studium und Arbeit?

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht? ja nein haben Sie studiert?

Arbeiten Sie in Ihrem Beruf? ja nein

Gehen Sie gerne in die Schule oder zur Arbeit? ja nein

Mögen Sie Ihren Job, wenn nein warum nicht? ja nein

Wie ist Ihre Freizeitgestaltung

Haben Sie Hobbies? ja, welche nein

Wandern Singen Musizieren Sonstiges

Freundeskreis groß klein

Beziehung und Kinder

- Single glücklich Single unglücklich frisch getrennt in Scheidung geschieden
- verheiratet/Beziehung glücklich unglücklich alleinerziehend Patchworkfamilie

Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?

- müde wütend gut aufgehoben ausgeliefert enttäuscht
- unausgeschlafen zornig zufrieden gelangweilt traurig
- erschöpft rasend angekommen eingebunden verzweifelt
- ausgelaugt ungerecht behandelt verletzt gefordert im Stich gelassen
- überfordert unterfordert gedemütigt erfolgreich einsam
- energielos gestresst ausgenutzt wach glücklich
- angekommen energievoll aussichtslos ausgeschlafen fröhlich
- Stressintoleranz aggressiv erschöpft

Wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie mir mitteilen wollen

Wie sieht ein typischer Tag bei Ihnen aus?

Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?

Welche Therapien haben Sie schon gemacht?

ja

nein

Sind Sie in momentan in Behandlung?

Arzt

Heilpraktiker

Aus welchem Grund?

Ich wende in meiner Praxis unter anderem folgende Therapien an:

Bitte kreuzen Sie an, welche Therapieform Sie bevorzugen und streichen Sie durch welche Sie keinesfalls wünschen.

Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)

Komplexhomöopathie

Phytotherapie-Pflanzenheilkunde

Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin

Cranio-Sakrale-Osteopathie

Dorn-Osteopathie

Haben Sie Angst vor Spritzen?

Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen)

Neuraltherapie

Hömakupunktur

Bauchmassage Hara-Massage

Kieferbalance Reset® nach Philip Rafferty

Stuhldiagnostik

Hormondiagnostik

Urindiagnostik

Blutdiagnostik

Kinesiologische Testung

Kinesiologie

Noch eine vorletzte Frage: Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Hiermit bestätige Sie, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum

Vielen Dank für Ihr Vertraue im Druckbuchstaben

Patientenunterschrift

Mit besten Grüßen für Ihre Gesundheit Ihre Heilpraktikerin Lena Brauer



Tipps für Ihre Gesundheit, das Neuste aus der Forschung und Kochrezepte gibt es auf meinen Seiten bei: