

## Anamnese Fragebogen

Naturheilpraxis Salvida \* Heilpraktikerin Nicole Bruhn \* [www.salvida.de](http://www.salvida.de) \* [info@salvida.de](mailto:info@salvida.de)

Name..... Geburtstag.....  
Vorname..... Tel. privat.....  
Straße..... Tel. mobil.....  
PLZ/Ort..... FAX.....  
Beruf..... E-Mail.....  
Familienstand/Kinder.....

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Private Versicherung

Private Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?.....

### 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.

Wichtig! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Zahl von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark; z.B. Kopfschmerzen 7) und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist.

Sie können, sollte der Platz nicht ausreichen, die Rückseite benutzen.

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptbeschwerden)**

**Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1.

2.

3.

**Was möchten Sie mit einer naturheilkundlichen Behandlung erreichen, was ist Ihr Ziel?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

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

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, HIB, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, 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, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung usw.

**Gibt es Allergien?**

Pollen/Tierhaare usw. / wann.....

Nahrungsmittel.....

**Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?.....**

## **KOPF**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?.....

Falls ja, wie häufig, selten?

morgens, abends

Stirn-, Augen-, Schläfen-, Hinterhauptregion

halbseitig - links - rechts - doppelseitig

**Haare:** Haarausfall: kreisrunder, vereinzelter, seit wann?

**Augen:** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

**Ohren:** links / rechts /beidseitig Tinnitus seit ..... Schwerhörigkeit seit .....

### **Zähne / Kiefer**

#### **Erfolgte Zahnbehandlungen aktuell im Mundraum**

Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik  wurzelbehandelte Zähne  Implantate

#### **Zahnbehandlungen in der Vergangenheit, Material bzw. Zahn entfernt**

Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik  wurzelbehandelte Zähne  Implantate

Gibt es tote Zähne?  Ja  Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein / wann?.....

**Nase:** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

**Mandeln:** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

### **BRUST UND BAUCH**

**Herz:** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass

**Lunge:** Bronchitis, häufig Husten

**Leber:** Entzündung - Hepatitis

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

**Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen

**Darm:** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, häufig Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2., 3., 4. Tag, sehr unregelmäßig

Neigung zur Verstopfung / Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel

übel riechend?

Konsistenz: schnittfest, weich, schmierig, hart, knollig

**Niere / Blase:** Nierensteine, Entzündungen häufig, Stechen im Rücken, Reizblase

**Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig

**ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT**

**Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

**Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden

**Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen oberer / unterer Rücken, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

**Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, Kontaktallergien

**FRAU**

Klimakterische Beschwerden, seit wann?

**Brust:** Operation, Knoten, Zysten

**Unterleib:** Ausfluss, häufige Pilzinfektionen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, positiver PAP Test, Genitalherpes, Geschlechtskrankheiten

Wann war die erste Regel.....wann die letzte?.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche?.....

Zykluslänge.....regelmäßig? Zwischenblutungen?.....

**Sexualität:** Libido / Beschwerden beim Geschlechtsverkehr.....

Verhütungsmittel: welche, seit wann?.....

**MANN**

**Prostata:** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

**Sexualität:** Libido / Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

**ALLGEMEINES**

**Narben:** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? Tätowierungen, Piercings?

0 Ja, auch kleine mit Jahreszahl der Entstehung eintragen.....

.....

.....

.....

0 Nein

