



NATURHEILPRAXIS
SANDRA PÖPPING

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Auf Ihre aktive Mithilfe bin ich angewiesen. Bitte füllen Sie daher den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus. Nehmen Sie sich hierfür bitte etwas Zeit. Denn je genauer und umfassender Ihre Angaben zur Krankengeschichte bzw. zum Gesundheitszustand sind, umso besser kann ich auf Sie unter dem Ansatz einer ganzheitlichen Betrachtung und Behandlung eingehen und mich auf Sie vorbereiten.

Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrem Ersttermin mit. Gerne können Sie mir diesen auch vorab per Post zu schicken.

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis Sandra Pöpping
Am Wulfkamp 4
46342 Velen-Ramsdorf

Personendaten

Name _____

Anschrift _____

Telefon (Privat) _____ geschäftlich _____

Handy _____

Email _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Beruf _____

Anamnese

- 1. Bitte beschreiben Sie Ihre momentanen Beschwerden! Weswegen kommen Sie zu mir in die Naturheilpraxis?**

- 1.1 Wo befinden sich die Beschwerden? (Lokalisation)**

- 1.2 Wie äußern sich die Beschwerden? (z.B. Schmerzcharakter – hell stechender, ziehender, dumpf bohrender, ausstrahlender Schmerz etc., Schmerzintensität)**

- 1.3 Seit wann haben Sie die Beschwerden? (Ablauf, was verschlimmert, was verbessert, zu bestimmten Zeiten?)**

1.4 Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

2. Was haben Sie bislang gegen diese Beschwerden unternommen? Gab es Vorbehandlungen/Untersuchungen? Verfügen Sie über Arztberichte/ Bildaufnahmen? Falls ja, bitte mitbringen!

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | | |

4. Letzter Urlaub, wann? Reiseziel? Gab es Fernreisen?

5. Größe und Gewicht

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Gab es Gewichtsveränderungen? ja nein

6. Haben Sie sich Operationen unterzogen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Bewegungsapparat (Schulter, Hüfte, Wirbelsäule, Knie etc.)

- Gelenkersatz
- Sonstiges _____

Wenn ja, wann: _____

7. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck Diabetes mellitus Magenerkrankung
- Darmerkrankung Nierenerkrankung Hautkrankheit
- Asthma Rheuma Gicht
- Schilddrüsenerkrankung Epilepsie Gallensteine
- Fettstoffwechselstörung Lebererkrankung Tumorerkrankung
- Depressionen Herz-/Kreislaufkrankungen
- Sonstige Erkrankungen (chronisch) _____

8. Familienanamnese – Welche Erkrankungen traten in der Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) gehäuft auf? Bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck Diabetes mellitus Herzinfarkt
 - Fettstoffwechselstörung Asthma Lungenerkrankung
 - Erbkrankheiten Krebserkrankungen Schlaganfall
 - Sonstige
-

9. Soziale Anamnese

Welche Hobbys haben Sie?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z. B. Mobbing)

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

10. Liegen Allergien vor?

ja

nein

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaubmilben
- Pollen/Gräser Metalle Medikamente (Penicillin, Aspirin)
- Haben Sie bei Ihrem Zahnarzt schon einmal allergisch auf ein lokal wirkendes Betäubungsmittel reagiert?

- Nahrungsmittelunverträglichkeiten, bitte nennen:

- Sonstige Allergien, bitte nennen:

Haben Sie Haustiere?

ja

nein

11. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften: _____

Anzahl Geburten: _____

Einnahme der Pille ja

nein

Ggf. sonstige hormonelle Verhütung:

Monatsblutung

- regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft

12. Allgemeine Lebensführung

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am liebsten?

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel?

Haben Sie derzeit Stress? ja nein

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen)

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wie viel?

Was?

Rauchen Sie? ja nein

Wieviel?

Seit wann?

Seit wann nicht mehr?

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen ja nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja welche? Und seit wann? Oder haben Sie genommen?

Nehmen Sie häufiger Schmerz- oder Schlafmittel? Wenn ja was und wie häufig?

13. Kopfbereich:

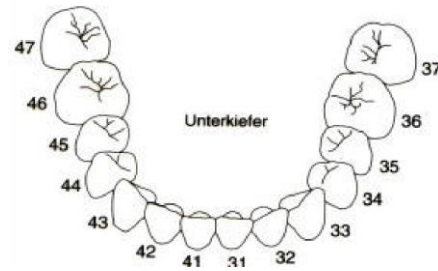
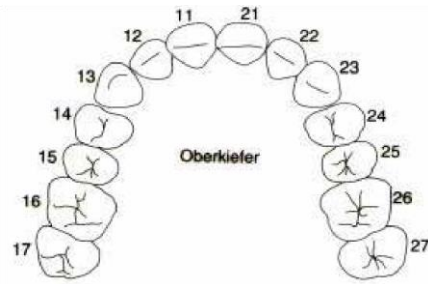
- Schnarchen Sie stark? ja nein
- Leiden Sie häufig an Nasenbluten? ja nein
- Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? ja nein
- Haben Sie Probleme mit den Augen? ja nein
- Welche?
-

- Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? ja nein
- Haben Sie Probleme mit dem Hören? ja nein
- Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr? ja nein
- Ohrenschmerzen? ja nein
- Haben Sie häufiger und/oder länger anhaltenden Schnupfen? ja nein
- Leiden Sie unter Schwindel? (drehend, schwankend, in eine bestimmte Richtung, auf- und absteigend, aus dem Liegen heraus)? ja nein
- Kurze Beschreibung:
-

- Wird Ihnen schnell schwarz vor Augen? ja nein
- Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen? ja nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein
- Migräne? ja nein

14. Zähne:

- Haben Sie Amalgamfüllungen? ja nein
- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Tragen Sie eine Zahnprothese? ja nein
- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ja nein
- Wenn möglich, entsprechende Zähne markieren:



15. Halsbereich:

Haben Sie Halsschmerzen bzw. Schluckbeschwerden?

ja nein

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals oder Druckgefühl (evtl. vermehrt im Liegen)?

ja nein

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?

ja nein

Leiden Sie unter Heiserkeit?

ja nein

Seit wann? _____

16. Brustbereich:

Leiden Sie unter Husten?

ja nein

Seit wann? _____

Wie ist der Auswurf beschaffen?

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

ja nein

Leiden Sie unter Atemnot?

ja nein

Asthma-Bronchiale-Anfälle?

ja nein

Haben Sie Druck-oder Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgend?

ja nein

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

ja nein

Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?

ja nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

ja nein

17. Bauchbereich:

Leiden Sie unter Bauchschmerzen? ja nein

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? ja nein

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen? ja nein

Besteht eine Abneigung gegen Fleisch? ja nein

Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel? ja nein

Welche? _____

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? ja nein

Seit wann? _____

Sodbrennen? ja nein

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? ja nein

Welche? _____

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen? ja nein

Welche? _____

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt? ja nein

18. Arme und Hände:

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? ja nein

Schlafen Ihnen nachts, in den frühen Morgenstunden die Hände ein? ja nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände oder Finger? ja nein

Leiden sie unter Gefühlsstörungen oder Taubheitsgefühlen der Hand oder einzelner Finger? ja nein

Haben sie Beschwerden in den Armen? ja nein

Andere Beschwerden? ja nein

Welche? _____

Zittern Ihre Hände? ja nein

19. Beine und Füße:

Leiden Sie unter Krampfadern? ja nein

Treten nachts Wadenkrämpfe auf? ja nein

Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Füßen? ja nein

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt eine Pause einlegen? ja nein

Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? ja nein

Bestehen Schmerzen in den Kniegelenken oder Fußgelenken? ja nein

Gibt es Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen? ja nein

20. Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? ja nein

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? ja nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten? ja nein

Haben Sie Blut im Urin festgestellt? ja nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zu halten? ja nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? ja nein

Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen um Wasser zu lassen? ja nein

Leiden Sie häufiger unter Harnwegsinfekten? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre? ja nein

21. Haut, Haare, Nägel

Leiden Sie unter Hautveränderungen? ja nein

Hautjucken? ja nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue
Flecken auf? ja nein

Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus? ja nein

Haben Sie Narben (durch Operationen
oder Unfälle) die Sie stören oder die Sie
als unangenehm empfinden? ja nein

Wo befinden sich die Narben?

Leiden Sie unter Haarausfall? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Leiden Sie unter brüchigen Nägeln? ja nein

sonstige Veränderungen an Haaren
oder Nägeln? ja nein

Wenn ja, wie oft? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbisse
oder vor kurzem? ja nein

Wenn ja, wann war das? _____

22. Gynäkologische Anamnese

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit
der Periode auf? ja nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich
der Brüste? ja nein

Nehmen Sie Verhütungsmittel („Pille“) ein? ja nein

Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein? ja nein

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? _____

Wie lange ist die Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutungsstärke? _____

Treten schwach Regelblutung auf? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Sind sie schwanger? ja nein

Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause)?

23. Was Ihnen sonst noch „auf dem Herzen liegt!“?

24. Was ist Ihr Auftrag an mich?

25. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen?

Datum _____

Unterschrift _____