



ANDREA BRAHMER
Heilpraktikerin

Obermaierstraße 3, 90408 Nürnberg, 0911/3768312

Anamnese-Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Geburtsort _____
Straße _____ Tel. priv. _____
PLZ-Ort _____ Tel. Beruf _____
Beruf _____ Familienstand/Kinder _____
Körpergröße _____ Gewicht _____ Blutdruck _____
Wer hat mich empfohlen _____

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
 Beihilfe/Post
 Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

An welchen Krankheiten leiden Sie uns seit wann? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

Werden die Schmerzen durch Bewegung besser schlechter kein Einfluss
Treten die Schmerzen in Ruhe nachts tags Wärme Kälte auf?
Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst? ja nein

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

Gibt es Fremdbefunde? Wenn ja, bitte mitbringen. nein

Bildgebende Verfahren? Wenn ja, bitte mitbringen. nein

Ärztliches Labor/Blutbefunde? Wenn ja, bitte mitbringen. nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte genau? In welcher Dosierung und seit wann?
Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.

Medikament	Dosierung	Einnahme seit
------------	-----------	---------------

ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

Nehmen Sie ACE-Hemmer? ja nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungs-Präparate ein? Welche?

Nehmen Sie Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?

- | | | |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Vitamin C | <input type="radio"/> Vit. B – Komplex | <input type="radio"/> Multivitamine |
| <input type="radio"/> Vitamin E | <input type="radio"/> Folsäure | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Vitamin A | <input type="radio"/> Vit. B12 | |
| <input type="radio"/> Magnesium | <input type="radio"/> Selen | <input type="radio"/> Eisen |
| <input type="radio"/> Calcium | <input type="radio"/> Zink | <input type="radio"/> Jod/ Algen |
| <input type="radio"/> Kalium | <input type="radio"/> Kupfer | <input type="radio"/> |

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen?

Weshalb?

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?

Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Andere:

Haben Sie Ängste?

Rauchen Sie? ja nein
Wieviel pro Tag?

Haben Sie Zahnfüllungen aus:

- Amalgam
- Gold
- Palladium
- Kunststoff
- Keramik
- Implantate
- Brücken

Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt? ja nein wann?

Wurde eine Amalgam-Ausleitungstherapie durchgeführt? ja nein wann?

Haben Sie:

- Zahnfleischbluten
- Parodontose
- wurzelbehandelte Zähne
- verlagerte Zähne
-

Sind Sie beruflich privat besonderen Umweltbelastungen ausgesetzt? z.B.:

- Schimmel
- Mehlstaub
- Tankstelle
- Lacke
- Farben
- Chemikalien
- Bildschirm- Arbeit
- Handymast
- Handy am Körper

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Masern
- Windpocken
- Röteln
- Mumps
- Scharlach
- Keuchhusten

Hatten Sie als Kind häufiger Infekte? Wenn ja, welche?

Mit Antibiotika unterdrückt? ja nein

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie erhalten? Wann?

- Diphtherie
- Tetanus
- Polio
- Mumps
- Masern
- Röteln
- Keuchhusten
- TBC
- Grippe
- Hepatitis
- Pocken
- FSME
- Borreliose
- Gelbfieber

Gab es Reaktionen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Hatten Sie Infektionskrankheiten wie:

- Salmonellen
- Shigellen
-
- Rotaviren
- Chlamydien
- Malari
- Pilze
- E. coli
- Würmer
- Toxoplasmose
- Pfeiffersches Drüsenfieber

Wie viel und was trinken Sie? Bitte genau!

- Wasser
- Kräutertee
- Säfte
- Bier
- Wein
- Sekt
- Kaffee
- Schwarzen Tee
- Grünen Tee
-

Sind Sie Vegetarier? ja nein

Wie ernähren Sie sich vorwiegend?

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Bitte wie oft oder wie viel dahinter schreiben.

Zucker
Zuckerersatzstoffe
Milchprodukte
Weißmehlprodukte
Eier
Nüsse
Süßigkeiten
Kuchen

Haben Sie Allergien? Seit wann?

Pollen(wann) _____

Nahrungsmittel _____

Sind Sie nach dem Essen müde? ja nein

Völlegefühl Sodbrennen Appetitlosigkeit

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___ x täglich ___ x wöchentlich

Neigung zu Durchfall Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls? geformt breiig wässrig wechselt verstopft knollig
 hell dunkel übel riechend kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Hämorrhoiden? ja Blut hell Blut dunkel Juckreiz nein

Haben Sie häufig Blähungen? ja nein

Haben Sie Einschlafstörungen? ja nein

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Sind Sie morgens erholt und fühlen sich frisch? ja nein

Wachen Sie nachts auf? _____ Wie oft? _____ Um welche Uhrzeit?

Schlafzeit, übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____

Wie verläuft/ verlief Ihr Menstruationszyklus? regelmäßig _____ Tage
 unregelmäßig _____ bis _____ Tage

Haben Sie Beschwerden - vor – während – nach - der Menstruation?

Klimakterium

Haben/Nehmen Sie Hormonpräparate (Verhütungsmittel) eingenommen, welche? Hormonspirale?

Aktuelle Schwangerschaft?

Gynäkologie: Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, anderes:

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen

Prostata vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen

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

Schilddrüse: Unterfunktion, Überfunktion, Vergrößerung, Hashimoto, Operation

Ohren: links/rechts Tinnitus? links/rechts Art des Geräusches?

Nase: Operationen, Nasennebenhöhlen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/heute

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

Lunge: Bronchitis, häufig Husten: trocken/schleimig/Kitzelhusten/blutig/anders:

Leber: Entzündung/Fettleber/Hepatitis

Galle: Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Entfernt

Blinddarmoperation ja nein

Haut/Nägel: Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine sind wichtig!

Nein

Treiben Sie Sport?

Was haben Sie für Hobbys?

Haben Sie Haustiere?

Ist Ihr Schlafplatz/Arbeitsplatz auf Elektrosmog untersucht? ja nein

Was erwarten Sie von einer Behandlung bei mir?