Naturheilpraxis Blankenese

Anamnese - Fragebogen

Naturheilpraxis Blankenese, Heilpraktikerin Dorle Wirsig

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____ E-Mail _____

Versicherung θ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) θ Beihilfe
θ Private Zusatzversicherung θ Privat-Versicherung

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis,
Welche Impfungen haben Sie in den letzten 10 Jahren bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken.,

Covid.....

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, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?
Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? **Schwindel?**
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens oder abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig - wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links. **Nebelsehen?**

Konzentration?

Auslöser der Kopfschmerzen: .....

Haare Haarausfall, brüchige Nägel, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, sonstige Beschwerden

Ohren links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen

Zähne/ Kiefer **-** bitte Zutreffendes ankreuzen

Häufige Zahnarztbesuche	O Ja	O Nein
Beschwerden bei der Zahnung	O Ja	O Nein
Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne	O Ja	O Nein
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	O Ja	O Nein
Gibt es tote Zähne	O Ja	O Nein
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	O Ja	O Nein
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	O Ja	O Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	O Ja	O Nein

Zahnfüllmaterialien

O Amalgam O Gold O Kunststoff O Keramik

Nase Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf: .....
behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, häufig Nasennebenhöhlenentzündungen.

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust - Bauch - Rücken

Brustdrüse Beschwerden, Operationen

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, Nahrungsmittelallergien.....

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen - häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach .....

Rücken Schmerzen, Hexenschuss, Ischias, Skoliose usw., Muskelverspannungen?
Belastungen, Rheuma

Arme - Beine - Rücken - Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen zum Bsp. in den Gelenken? Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände?

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen,
kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Haut/Nägel Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Neurodermitis, Schuppenflechte?

Gynäkologischer Bereich

Gynäkologie Ausfluss - keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen
Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten .....
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses
Wann war die erste Menses ..... wann die letzte.....
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun .....
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange .....
Abstand der Regelblutungen .....
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....
Zwischenblutungen.....

Wechseljahrsbeschwerden .....
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche .....

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
Allgemeines

Schlaf Schlaflosigkeit, Einschlafprobleme, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Ernährung

Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Alkohol

Allergien .....

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht? Wenn ja, welche?

Essen Sie Fertigprodukte oder auswärts?

Wie oft essen Sie Fleisch oder Wurstprodukte?

Wie oft essen Sie Eier?

Wie oft essen Sie Käse?

Wie oft essen Sie Fisch?

Welche Fische essen Sie?

Nehmen Sie täglich Fisch oder Algen Öl zu sich?

Wie viele Süßigkeiten essen Sie täglich?

Leiden Sie nach dem Essen unter Gelenkschmerzen, Müdigkeit oder Energiemangel?

Wo kaufen Sie Ihre Nahrungsmittel?

Sind Sie interessiert an einer Ernährungsberatung?

Trinken Wie viel trinken Sie pro Tag? ..... Liter

Was trinken Sie.?.....wieviel Alkohol trinken Sie

in der Woche?.....Vertragen Sie Alkohol?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Sie kommen zur Behandlung als Patient/in in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.
Sollten Sie die vereinbarten Behandlungstermine nicht einhalten können, so bitten wir Sie diese **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen!**
Sofern Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, müssen wir für ihre vorgesehene und ungenutzte Behandlungszeit gemäß § 615 BGB pauschal 110 € in Rechnung stellen (Annahmeverzug).

Newsletter

O Ja, ich möchte ca. 3-mal im Jahr kostenlos per E-Mail über neue gesundheitliche Themen und Informationsveranstaltungen informiert werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Selbstverständlich kann ich diesen Newsletter jederzeit wieder abbestellen.

O Nein, ich wünsche keine Informationen

Ort, Datum: Unterschrift: