

# 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
<b>Haben Sie Allergien?</b>				
<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

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

**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"/> Dünndarmfehlbesiedlung 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

<b>Toilettengewohnheiten</b>	<b>Stuhlbeschaffenheit</b>	<b>Leber</b>	<b>Gallenblase</b>	<b>Bauchspeicheldrüse</b>
<input type="checkbox"/> Müssen Sie pressen?	<input type="checkbox"/> Stuhl hart	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Galleschmerzen	<input type="checkbox"/> Entzündung akut
<input type="checkbox"/> Lesen Sie?	<input type="checkbox"/> Stuhl weich	<input type="checkbox"/> Lebervergrößerung	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Entzündung chronisch
<input type="checkbox"/> Handy auf der Toilette?	<input type="checkbox"/> Stuhl voluminös	<input type="checkbox"/> Leberentzündung	<input type="checkbox"/> Gallengries	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 angeboren
<input type="checkbox"/> Schränkt Sie der Stuhlgang im Alltag ein?	<input type="checkbox"/> Stuhl schwimmt	<input type="checkbox"/> schlechte Leberwerte	<input type="checkbox"/> Entzündung	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 Autoimmun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stuhl schmiert	<input type="checkbox"/> Fettleber	<input type="checkbox"/> Gallestau	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2
Wie oft pro Tag groß?	<input type="checkbox"/> Stuhl geformt	<input type="checkbox"/> Cholesterin hoch	<input type="checkbox"/> Galleverlustsyndrom	<input type="checkbox"/> Enzymmangel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stuhl ungeformt	<input type="checkbox"/> Leberzyste	<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen rechts	<input type="checkbox"/> Schmerzen kreisförmig Oberbauch
Wie lange sitzen Sie?	<input type="checkbox"/> Stuhlfarbe	<input type="checkbox"/> Zystenleber	<input type="checkbox"/> Schmerzen unterm Rippenbogen rechts	<input type="checkbox"/> Stuhl drang nach Essen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blutauflagerungen	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Gallenblasen-OP	<input type="checkbox"/> Mumps als Kind
	<input type="checkbox"/> Toilettenpapier viel	<input type="checkbox"/> Rohkost am Abend	<input type="checkbox"/> Schmerzen nach Kaffee	<input type="checkbox"/> Insulinresistenz
	<input type="checkbox"/> Toilettenpapier wenig	<input type="checkbox"/> Smoothies		<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes
	<input type="checkbox"/> Feuchtes Toilettenpapier			

**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="checkbox"/>	<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="checkbox"/>

Was essen Sie am liebsten?

Was mögen Sie gar nicht?

Haben oder hatten Sie eine Essstörung?  ja  nein

Trinken Sie Alkohol?  ja,  ja, wie viele?  nein

Rauchen Sie?  ja, wie viele?  nein

Nehmen Sie Drogen?  ja, wie viele?  nein

Wie viel Alkohol vertragen Sie?  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"/> Gehirnebel
<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	

Nehmen Sie was ein?  Antihistamin  Quercetin  Sonstiges

Wie lange dauern die Symptome an?

**Schilddrüse**

- Überfunktion  Knoten allgemein  L-Thyroxin  Schweinehormone  Schilddrüsen OP
- Unterfunktion  Knoten heiß  Thybon (T3)  Rinderhormone  Warum?
- Thyreoiditis de Quervain  Knoten kalt  Kombipräparat  Jod  Wann?
- Schilddrüse vergrößert  Zysten  Thyroxin mit Jod  keine Hormone  Schilddrüsenkrebs
- Kropf  Schilddrüse klein  keine Hormone  Radiojodtherapie

- Hashimoto Thyreoiditis** oder
- Blähungen  Zyklusprobleme
  - Verstopfung  Libidoverlust
  - Durchfall  Herzrasen
  - Gewichtszunahme  Herzstolpern
  - Gewichtsabnahme  Puls langsam

- Schilddrüsenunterfunktion**
- Gelenkschmerzen  depressive Verstimmung
  - Muskelschmerzen  Panikattacken
  - Nervenschmerzen  Vergesslichkeit
  - Kälteempfindlich  Unkonzentriert
  - Myxödem  Gehirnnebel

- müde
- erschöpft
- wütend
- enttäuscht
- traurig

- Morbus Basedow** oder
- Herzrasen  Endokrine Orbitopathie
  - Herzklopfen  Heißhunger
  - hoher Blutdruck  Durst
  - Myxödem  Durchfall
  - Kropf  Gewichtsverlust

- Schilddrüsenüberfunktion**
- Muskelschmerzen  Reizbarkeit
  - Muskelzittern  Rastlosigkeit
  - Schwitzen  wütend
  - wärmeintolerant  depressive Verstimmung
  - Zyklusprobleme  Libidoverlust

- Trockene Augen
- Carbimazol
- L-Thyroxin
- Beta-Blocker
- Wie viele Krisen hatten Sie?

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

Wann war die Diagnose der Schilddrüsenerkrankung?  
Liegen Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?  
Vertragen Sie die Schilddrüsen-tabletten?

**Weiteres Hormonsystem**

- Nebenniereninsuffizienz  Nebennierenadenome  Hypophyseninsuffizienz  Hypophysentumor  Nebenschilddrüsen
- Erschöpfung  Lethargie  Infektanfällig  Erschöpfung trotz Pausen und genügend Schlaf
- Müdigkeit  Herzrasen  keine Stressresistenz  Tagespensum nur unter Anstrengung erreichen
- Schlafstörung  Blutdruck niedrig  schnell überfordert  Zunahme der Unverträglichkeiten
- Stimmungsschwankung  Schmerzen  schnell am ausrasten  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**

- Periode regelmäßig  Pilze  Östrogendominanz  Kinderwunsch  Fehlgeburt
- Periode unregelmäßig  Ausfluss  Progesteronmangel  Schwanger  Eileiterschwangerschaft
- Zyklusdauer  Geruchslos  Progesteronüberschuss  Schwanger gewesen  Abbruch
- Blutungsdauer  Geruch  Myome  Kaiserschnittgeburt  Ausschabung
- PMS  Scheidentrockenheit  Zysten  Natürliche Geburt  Endometriose
- Regelschmerzen  Schmerzen beim GV  PCO  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  Verhütungstäbchen  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  wird durchgenommen  wird vertragen  Periode regelmäßig  Myome
- Wie viele?   während der Periode
- Wann und wo sind die Schmerzen  Mittelschmerz  vor der Periode  während der Periode
- immer  ab Eisprung  Unterbauch  Gebärmutter  Eierstock
- bei Wasserlassen  beim Stuhlgang

**Sind Sie in den Wechseljahren?**

- ja, seit wann?  trockene Haut  Muskelschmerzen
- Periode regelmäßig  Myome  trockene Scheide  Osteoporose
- Zyklusdauer  Gewichtszunahme  trockene Augen  Stimmungsschwankungen
- Blutungsdauer  Gewichtszunahme Bauch  Haarausfall  Depressionen
- keine Periode  Blasenschwäche  Kopfschmerzen  Libidoverlust
- Dauerblutung  Kopfschmerzen  Herzrasen

**Frage an die Männer:**

- |  |   |                                       |  |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Trichterbrust | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Libidoverlust |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall   | <input type="checkbox"/> Prostataprobleme           | <input type="checkbox"/> Mumps gehabt | <input type="checkbox"/> Speichel      |
- Sind die Hormone getestet worden?  Blut  Ergebnisse bitte mitbringen.

- Sport**
- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fitness Studio            | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein                           | <input type="checkbox"/> Pilates                 | <input type="checkbox"/> Yoga              |
| <input type="checkbox"/> Ballsport                 | <input type="checkbox"/> Kraftsport             | <input type="checkbox"/> Cardio                         | <input type="checkbox"/> Treiben Sie viel Sport? | <input type="checkbox"/> zu Müde für Sport |
| <input type="checkbox"/> oft Muskelkater           | <input type="checkbox"/> Kampfsport             | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Schwitzen Sie viel?     | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes      |
| <input type="checkbox"/> lange Regenerationsphasen | <input type="checkbox"/> schneller Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Gewicht zu hoch                | <input type="checkbox"/> Schwitzen Sie wenig?    | <input type="checkbox"/> Proteinriegel     |
|  | <input type="checkbox"/> langsamer Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Gewicht zu niedrig             |  |  |

- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <b>Hals</b>                                      | <b>Mund</b>                                  | <b>Ohren</b>                                 | <b>Augen</b>                                 | <b>Herz/Kreislauf</b>  |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen           | <input type="checkbox"/> trocken             | <input type="checkbox"/> Ohrenscherzen       | <input type="checkbox"/> Augenentzündungen   | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Kehlkopfentzündungen    | <input type="checkbox"/> Speichelfluss wenig | <input type="checkbox"/> Ohrentzündungen     | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Herzrasen                           |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen      | <input type="checkbox"/> Speichelfluss viel  | <input type="checkbox"/> Tinnitus            | <input type="checkbox"/> Tränende            | <input type="checkbox"/> Herzstolpern                        |
| <input type="checkbox"/> Mandelsteine            | <input type="checkbox"/> Speichelsteine      | <input type="checkbox"/> Hörsturz            | <input type="checkbox"/> Trockene            | <input type="checkbox"/> Puls schnell                        |
| <input type="checkbox"/> große Mandeln           | <input type="checkbox"/> brennen             | <input type="checkbox"/> Schwerhörig         | <input type="checkbox"/> Geschwollene        | <input type="checkbox"/> Puls langsam                        |
| <input type="checkbox"/> Räuspern                | <input type="checkbox"/> Aphten              | <input type="checkbox"/> Ohrenschmalz viel   | <input type="checkbox"/> Rot                 | <input type="checkbox"/> Blutdruck hoch                      |
| <input type="checkbox"/> Heisere Stimme          | <input type="checkbox"/> Herpes              | <input type="checkbox"/> Ohrjucken           | <input type="checkbox"/> Verklebt            | <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig                   |
| <input type="checkbox"/> Struma                  | <input type="checkbox"/> Pilz                | <input type="checkbox"/> Ohrensauen          | <input type="checkbox"/> kurzsichtig         |  |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl              | <input type="checkbox"/> Zungenbelag         | <input type="checkbox"/> Ohrendruck          | <input type="checkbox"/> weitsichtig         |  |
| <input type="checkbox"/> Husten                  | Farbe <input type="text"/>                   | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Brille              |  |
| <input type="checkbox"/> Lymphknoten geschwollen | <input type="checkbox"/> Zungen groß         | <input type="checkbox"/> Schwindel           | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen       |  |

- |                                     |   |  |   |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <b>Fingernägel</b>                  | <b>Nase</b>                               | <b>Lunge/Bronchien</b>                     | <b>Blut</b>                                     |
| <input type="checkbox"/> brechen ab | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung  | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> weich      | -entzündungen                             | <input type="checkbox"/> Lungenfibrose     | <input type="checkbox"/> kalte Hände            |
| <input type="checkbox"/> hart       | <input type="checkbox"/> Nasenbluten      | <input type="checkbox"/> Staublunge        | <input type="checkbox"/> kalte Füße             |
| <input type="checkbox"/> Rillen     | <input type="checkbox"/> Niesen           | <input type="checkbox"/> COPD              | <input type="checkbox"/> frieren                |
| <input type="checkbox"/> fleckig    | <input type="checkbox"/> Verstopft        | <input type="checkbox"/> Bronchitis        | <input type="checkbox"/> Krampfadem             |
| <input type="checkbox"/> Rillen     | <input type="checkbox"/> Stinkend         | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Besenreiser            |
| <input type="checkbox"/> Pilz       | <input type="checkbox"/> Schnarchen       | <input type="checkbox"/> Asthma allergisch | <input type="checkbox"/> B 12 Mangel            |
|                                     | <input type="checkbox"/> Verkrustungen    |  | <input type="checkbox"/> Cholesterin erhöht     |
|                                     | <input type="checkbox"/> Geruchsverlust   |  | <input type="checkbox"/> Leukämie               |
|                                     | <input type="checkbox"/> Nasenspray       |  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
|                                     |   |  | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung      |
|                                     |   |  | <input type="checkbox"/> Thrombosen             |
|                                     |   |  | <input type="checkbox"/> Anämie                 |
|                                     |   |  | <input type="checkbox"/> Eisenmangel            |

- |                                    |  |  |  |   |
|------------------------------------|--|--|--|---|
| <b>Haut</b>                        | <input type="checkbox"/> fleckig       | <input type="checkbox"/> Schwitzen stark | <input type="checkbox"/> Pilze                 | <input type="checkbox"/> Orangerhaut          |
| <input type="checkbox"/> trocken   | <input type="checkbox"/> Akne          | <input type="checkbox"/> Geruch          | <input type="checkbox"/> Ekzeme                | <input type="checkbox"/> Tattoos              |
| <input type="checkbox"/> fettig    | <input type="checkbox"/> Urtikaria     | <input type="checkbox"/> Geruchlos       | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen | <input type="checkbox"/> Piercings            |
| <input type="checkbox"/> schuppig  | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> überall         | <input type="checkbox"/> Melanome              | <input type="checkbox"/> starke Narbenbildung |
| <input type="checkbox"/> unrein    | <input type="checkbox"/> Psoriasis     | <input type="checkbox"/> Kopf            | <input type="checkbox"/> Pigmentflecken        | <input type="checkbox"/> viel Hornhaut        |
| <input type="checkbox"/> entzündet | <input type="checkbox"/> Vitiligo      | Wo? <input type="text"/>                 |  |   |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz  |  |  |  |   |

- |  |   |   |                                       |                                     |
|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Blase</b>                                     | <input type="checkbox"/> Reizblase          | <b>Niere</b>                                    | <input type="checkbox"/> Doppelnieren | <b>Milz</b>                         |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung        | <input type="checkbox"/> schwache Blase     | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> Zystennieren | <input type="checkbox"/> vergrößert |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung häufig | <input type="checkbox"/> Inkontinenz        | <input type="checkbox"/> Nierensteine           | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes | <input type="checkbox"/> EBV-Virus  |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen               | <input type="checkbox"/> Trampolin springen | <input type="checkbox"/> Nierengries            | <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> operiert   |
| <input type="checkbox"/> brennen                 | <input type="checkbox"/> Lachen             | <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen        |                                       |                                     |
| <input type="checkbox"/> Blasenspiegelung        |   | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen        |                                       |                                     |

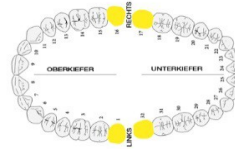
- Sind Sie geimpft?**
- |  |                                     |                                     |   |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Corona        | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> Impfstoff <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                    |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> HPV        | <input type="checkbox"/> FSME       | <input type="checkbox"/> Mumps                          |
| <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Influenza  | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> StroVac                        |
|  |                                     |                                     | <input type="checkbox"/> Masern                         |
|  |                                     |                                     | <input type="checkbox"/> Röteln                         |
|  |                                     |                                     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                    |

- Hatten Sie schon eine Infektionskrankheit? (Bitte Jahr angeben)**
- |   |                                      |                                      |   |                                       |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Virushepatitis                 | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> Röteln             | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |
| A, B, C, D, E   | <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Borreliose  | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Malaria      |
| <input type="checkbox"/> Influenza                      | <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> FSME        | <input type="checkbox"/> Meningokokken      | <input type="checkbox"/> TBC          |
| <input type="checkbox"/> EBV/Pfeiffersches Drüsenfieber |                                      | Verlauf: <input type="text"/>        |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Covid-19                       |                                      | Verlauf: <input type="text"/>        |   |                                       |
|   |                                      | Wo? <input type="text"/>             |   |                                       |
|   |                                      | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie      | <input type="checkbox"/> Medikamente  |

- Hatten Sie eine Krebserkrankung?**
- Wann?   Operation

**Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amalgam           | <input type="checkbox"/> Gold                     | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt? | <input type="checkbox"/> Implantate               | <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne    |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff        | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden | <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung |
| <input type="checkbox"/> Keramik           | <input type="checkbox"/> Milchzähne vorhanden     | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten     |



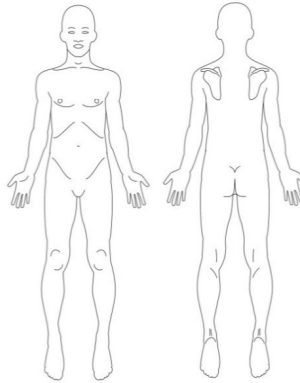
Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein.

**Kopf**

- |   |                                     |   |                                  |
|---|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen          | <input type="checkbox"/> Trigeminus | <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Facialis   | <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen      |                                  |

**Muskeln, Nerven und Knochen**

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



Was nehmen Sie hierfür ein?

Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenabrisse? 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?

**Schmerzanalyse**

- |  |                                   |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Intensität 1-10 | <input type="checkbox"/> Dauer?   | <input type="checkbox"/> Wann Tageszeit? | <input type="checkbox"/> heftig   | <input type="checkbox"/> Vernichtungsschmerz |
| <input type="checkbox"/> dumpf           | <input type="checkbox"/> quälend  | <input type="checkbox"/> lähmend         | <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> pocht               |
| <input type="checkbox"/> brennt          | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> ziehend         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> kalkartig           |
|  | <input type="checkbox"/> kribbeln | <input type="checkbox"/> elektrisierend  |                                   |  |

**Welche Operationen hatten Sie? (Bitte Jahr angeben)**

- |                                      |  |  |   |  |
|--------------------------------------|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blinddarm   | <input type="checkbox"/> Nasenpolypen      | <input type="checkbox"/> Gebärmutter     | <input type="checkbox"/> Knie re __li__         | <input type="checkbox"/> Brust-OP          |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Nasensecheidewand | <input type="checkbox"/> Zysten          | <input type="checkbox"/> Schulter re __li__     | <input type="checkbox"/> Augen gelasert    |
| <input type="checkbox"/> Mandeln     | <input type="checkbox"/> Zahn-OP           | <input type="checkbox"/> Endometriose    | <input type="checkbox"/> Hüfte re __li__        | <input type="checkbox"/> Lidstraffung      |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Darm-OP           | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt   | <input type="checkbox"/> Karpaltunnel re __li__ | <input type="checkbox"/> Nasenkorrektur    |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibe | <input type="checkbox"/> Krampfadern       | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung | <input type="checkbox"/> Halux re __li__        | <input type="checkbox"/> 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?   | <input type="checkbox"/> Natürlich | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> gestillt        | <input type="checkbox"/> Flaschenkind |
| Wie war Ihre Kindheit? | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> unglücklich   | <input type="checkbox"/> eigene Aussage: |                                       |
| Wie war Ihre Pubertät? | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> unglücklich   | <input type="checkbox"/> eigene Aussage: |                                       |
| Wie war Ihre Schulzeit | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> unglücklich   | <input type="checkbox"/> eigene Aussage: |                                       |

**Fragen zu Schule, Studium und Arbeit?**

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Haben Sie eine Ausbildung gemacht?  ja  nein

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?               | <input type="checkbox"/> ja, welche | <input type="checkbox"/> nein       |                                     |                                    |
| <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Singen     | <input type="checkbox"/> Musizieren | <input type="checkbox"/> Musizieren | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Freundeskreis                    | <input type="checkbox"/> groß       | <input type="checkbox"/> klein      |                                     | <input type="text"/>               |

**Beziehung und Kinder**

- |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Single glücklich      | <input type="checkbox"/> Single unglücklich | <input type="checkbox"/> frisch getrennt | <input type="checkbox"/> in Scheidung    | <input type="checkbox"/> geschieden       |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/Beziehung | <input type="checkbox"/> glücklich          | <input type="checkbox"/> unglücklich     | <input type="checkbox"/> alleinerziehend | <input type="checkbox"/> Patchworkfamilie |

**Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?**

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

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?

Aus welchem Grund?

Arzt  Heilpraktiker

--

**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.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)   | <input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor Spritzen?                      | <input type="checkbox"/> Stuhlagnostik           |
| <input type="checkbox"/> Komplexhomöopathie                          | <input type="checkbox"/> Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen) | <input type="checkbox"/> Hormondiagnostik        |
| <input type="checkbox"/> Phytotherapie-Pflanzenheilkunde             | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie                                     | <input type="checkbox"/> Urindiagnostik          |
| <input type="checkbox"/> Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin | <input type="checkbox"/> Hömakupunktur                                      | <input type="checkbox"/> Blutdiagnostik          |
| <input type="checkbox"/> Cranio-Sakrale-Osteopathie                  | <input type="checkbox"/> Bauchmassage Hara-Massage                          | <input type="checkbox"/> Kinesiologische Testung |
| <input type="checkbox"/> Dorn-Osteopathie                            | <input type="checkbox"/> Kieferbalance Reset® nach Philip Rafferty          | <input type="checkbox"/> 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 Vertrauen Patientennamen im Druckbuchstaben

Patientenunterschrift

Mit besten Grüßen für Ihre Gesundheit Ihre Heilpraktikerin Natalya Frikel