

## Anamnese Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Tel. gesch. \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Versicherung:**      gesetzlich (AOK, DAK usw.)      Beihilfe  
                         Private Zusatzversicherung  
                         Private Krankenkasse

Nichtzutreffendes bitte streichen!

Beruf/Schulklasse: \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

### 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 genügend Zeit.**

**Wichtig!!!** Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 sehr gering, 10= extrem stark; z. B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist, z. B. 1994

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptbeschwerden)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

---

Bitte bringen Sie Medikamente (am besten die jeweilige Tagesdosis), die eingenommen werden sowie evtl. eine Panoramaaufnahme Ihres Kiefers mit.

**Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser?)**

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente. etc.

**Welche Krankheiten sind Ihnen in der Familie bekannt? (Grosseltern, Eltern, Geschwister)**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, etc.

**Gab es schwere Schicksalsschläge in der Familie?**

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

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

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen usw.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes, etc.

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

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika/Kortison behandelt?**

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

---

**Kopf**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Falls ja, wie häufig? \_\_\_\_\_, selten, Stirn-Augen-Schläfenregion-Hinterhauptregion  
morgens, abends, dauernd,  
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

**Auslöser der Kopfschmerzen:** \_\_\_\_\_

**Was verbessert?** \_\_\_\_\_

**Was verschlechtert?** \_\_\_\_\_

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder, Schuppen, seit wann: \_\_\_\_\_

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

**Ohren:** links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit,  
Schmerzen, Geräusche (Tinnitus)

**Zähne/Kiefer:** - Zutreffendes bitte unterstreichen

Beschwerden bei der Zahnung	Ja	Nein	
Weisheitszähne gezogen	Ja	Nein	Welche? _____
Wurzelbehandelte Zähne?	Ja	Nein	Welche? _____
Zahnfleischblutung	Ja	Nein	
Tote Zähne?	Ja	Nein	Welche? _____
Empfindliche Zähne auf heiss/kalt	Ja	Nein	Welche? _____
Amalgamfüllungen vorhanden?	Ja	Nein	Welche? _____
Amalgamfüllungen entfernt	Ja	Nein	Wann? _____
Amalgamausleitung durchgeführt?	Ja	Nein	
Womit wurde ausgeleitet?	_____		

Zahnfüllungen aktuell:

Amalgam    Gold                      Kunststoff                      Keramik                      Implantate

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:

---

**Mandeln:** Operation, häufige Mandelentzündungen als Kind,/ heute, Halsschmerzen,  
Mundgeruch

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

**Brust/Bauch:**

---

**Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten

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

**Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung, COPD,  
Bronchialasthma

**Leber:** Entzündung - Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

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

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

**Darm:** Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarm-OP, Blähungen ja/nein, Geruch

**Stuhlgang:** täglich, ca. jeden 2./3./4. Tag, unregelmässig, riecht nach :

---

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knotig, weich, schmierig,  
pastenartig, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.,  
brauche viel Papier/Toilettenbürste

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

**Harn:** viel, wenig, auch nachts, kann nicht halten, schaumig, trüb, dunkel, Geruch nach \_\_\_\_\_

#### **ARME/BEINE/RÜCKEN/HAUT**

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

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

**Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS/BWS?LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

**Haut/Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, Hautallergien auf (Creme, etc.).....

#### **Frauenbereich:**

**Gynäkologie:** Ausfluss – keinen, stark, weiss, gelblich, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstocksentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl:..... Kaiserschnitt, Komplikationen bei der Geburt Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.

**Menses:** Wann war die erste Menstruation?..... 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:.....

Klimakterische Beschwerden: .....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? ..... Seit wann? .....  
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? .....

### **Männerbereich**

**Prostata:** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?.....

### **ALLGEMEINES**

Wo haben Sie **Narben?** (Auch kleine eintragen) Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung

**Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit..... Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiss, heisse Füße, Zähneknirschen

**Träume:** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

**Sportarten:** ..... Wie häufig? .....

**Ernährung:** Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol, Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fett, Alkohol  
Allergien auf .....  
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Vegetarisch usw.?  
Nein/ Falls ja, welche?

**Rauchen:** ja / nein Wenn ja, wie viele?.....

**Alkohol:** wie häufig?..... Was? .....

**Trinken:** Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? .....Liter

**Haustiere:** Haben oder hatten Sie Haustiere?

**Häuslicher Bereich:** Welche elektrischen Geräte befinden sich in Ihrem Schlafbereich?

Verwenden Sie **DECT Telefone**?

Haben oder hatten Sie **beruflich oder privat Belastungen** durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

**Welche Therapien** wurden bei Ihnen schon angewandt? (Biologisch z. B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10= sehr schlecht).....

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige **seelische Verfassung**? (1 – 10) .....

**Chronologie der Krankengeschichte (ggf. bitte auch die Rückseite nutzen)**

Naturheilpraxis Löwenzahn, Marta Belz, Heilpraktikerin,  
Löwenberger Str. 50, 90475 Nürnberg, Tel.: 0911-98397991, email: naturheilpraxis-belz.com  
Homepage: [www.naturheilpraxis-belz.com](http://www.naturheilpraxis-belz.com)

Bitte erfassen Sie **alle bisherigen Erkrankungen und Operationen die Sie**  
durchgemacht haben:

Datum:.....

Unterschrift: .....