



Praxis für Naturheilkunde

Margarete Galas

Heilpraktikerin

Pater-Delp-Str.23, 58730 Fröndenberg, Tel. 02373 / 760 74 82

E-Mail: naturheilpraxis-galas@web.de

Anamnesebogen

Name Vorname

Geburtsdatum Straße

e-Mail PLZ – Ort

Tel. privat Tel. mobil

Beruf Familienstand

Kinder Krankenkasse

Größe Gewicht Datum

Bei minderjährigen Patienten bitte den Rechnungsempfänger mit Geburtsdatum angeben.

.....

- Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (seit wann)

.....

.....

- Was war unmittelbar **vor Auftreten** der jetzigen Beschwerden? (z. B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, neue Medikamente, usw. ...)

.....

- Bestehen bereits ärztliche Befunde, Diagnosen, Untersuchungsauswertungen bezüglich Ihrer Beschwerden?

.....

.....

- Welche Krankheiten sind Ihnen **in Ihrer Familie** bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister? (z. B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Diabetes, usw. ...)

.....

- Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Rur, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Tropenkrankheiten, usw.)

.....

- Welche Impfungen haben Sie erhalten? (ggf. Kopie des Impfpasses mitbringen).

.....

- Gab es Reaktionen auf das Impfstoff ? (Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung, usw. ...)

.....

- Haben Sie Allergien?

Pollen/welche? / seit wann?

.....

Lebensmittel/ welche? / seit wann?

.....

Sonstige?

Beschwerden:

● *Kopfbereich:*

(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Kopfschmerzen: häufig ----- selten

Stirn ---- Augen ---- Schläfen --- Hinterhauptregion

beginnend: morgens ---- abends ---- nachts

halbseitig ---- links ---- rechts ---- doppelseitig

Haare: eher trocken ---- eher fettig

Haarausfall: kreisrund --- vereinzelt --- seit wann:

Augen: Bindehautentzündung --- kurzsichtig --- weitsichtig ---

grauer Star...

Ohren: Tinnitus rechts / links, seit:

Nase: Operationen ---- Nebenhöhlenentzündungen ---

behinderte Atmung ---

Mandeln: Operationen ---

häufige Mandelentzündungen als Kind / Heute ---

Schilddrüse: Überfunktion --- Unterfunktion ---

Vergrößerung --- Operation

● *Brust – Bauch*

Herz: Beschwerden --- Stechen --- Druckgefühl --- Infarkt ---

Beklemmungen --- Rhythmusstörungen

Lunge: Bronchitis --- häufiges Husten --- Druckgefühl

Leber: Entzündung --- Hepatitis

Galle: Steine --- Koliken --- Operationen --- Druck im Oberbauch ---

Fettunverträglichkeit

Magen-Darm: Völlegefühl --- Gastritis --- Appetitlosigkeit ---

Nahrungsmittelallergien --- Infektionen ---

Hämorrhoiden --- Blinddarm

Stuhlgang: täglich --- regelmäßig --- unregelmäßig --- Verstopfung ---

Durchfall --- Konsistenz:

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie: Ausfluss --- Eierstockentzündungen --- Ausschabungen ---

Tumore --- Fehlgeburten --- Zysten --- Myome ---

Geschlechtskrankheiten --- Endometriose

Verhütungsmittel: nein --- ja --- welche:

Sexualität: vermindert --- verstärkt --- unbefriedigt --- Beschwerden

Zyklus / Blutungsqualität: regelmäßig --- unregelmäßig --- schmerzhaft

starke Blutung --- schwache Blutung --- Menopause

Kinderwunsch: nein --- ja --- seit wann?

Prostata: vergrößert --- Beschwerden beim Wasserlassen --- Operationen

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

beim Wasserlassen bildet sich Schaum in der Toilette

Geruch nach

Niere / Blase: Nierensteine --- häufige Entzündungen

● *Rücken – Arme – Beine – Haut*

Arme: Verletzungen --- Schmerzen --- Tennisellebogen --- Kribbeln ---

kalte Hände

Beine: Verletzungen --- Schmerzen --- Krampfadern --- Operationen ---

kalte Füße --- kribbeln --- Taubheitsgefühl

Rücken: eingeschränkte Beweglichkeit --- Verspannungen --- Rheuma ---
Schmerzen

Haut / Nägel: Verbrennungen --- Geschwüre --- Hautjucken ---

Warzen --- Pilze

Narben (alle, auch so kleine) : nein --- ja, wo?

.....

● *Zähne / Kiefer*

Haben Sie Füllungen?

☐ nein ☐ ja ☐ Amalgam ☐ Keramik ☐ Gold

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

☐ ja ☐ nein

Ernährung und Trinken

- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (Veganer, Vegetarier, ketogene Ernährung)

- Verlangen nach: süß --- sauer --- pikant --- salzig --- Fleisch --- Eier ---
Obst --- Nikotin --- Alkohol

- Abneigung: süß --- sauer --- pikant --- salzig --- Fleisch ---
Eier --- Fisch --- Alkohol

Das esse ich bevorzugt

MORGENS:
.....

MITTAGS:
.....
.....

ABENDS:
.....

NACHTS:

ZWISCHENDURCH:
.....

- Was trinken Sie bevorzugt und wie viel?
.....

Allgemeines

- Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

.....
.....

- Treiben Sie Sport

O nein O ja Sportarten und wie oft in der Woche

.....
.....

- Schlafzeit von:bis:

- Schlaf: Schlaflosigkeit --- Einschlafprobleme --- Unruhe in den Beinen –
Nachtschweiß --- heiße Füße --- Zähneknirschen --- Schlafapnoe
häufiges Erwachen (Uhrzeit:)

- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (Bitte Beipackzettel mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.)

.....
.....

- Chronologie der Krankengeschichte. (Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.)

.....
.....

Datum, Unterschrift _____

