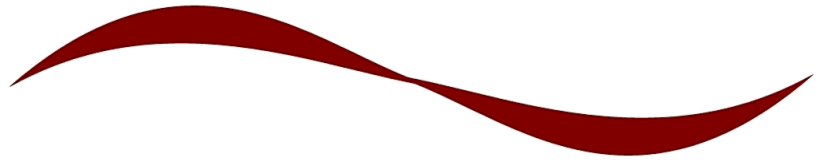


NATURHEILPRAXIS



SUSANNE HÖHNE

Datum: _____

Anamnese – Fragebogen

Name _____

Geburtstag _____

Vorname _____

Tel. privat _____

Straße _____

Tel. Beruf _____

PLZ / Ort _____

E-Mail _____

Versicherung Gesetzlich (AOK, DAK, usw.) Beihilfe
 Private Zusatzversicherung Privatversicherung

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,

Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Ja Nein
Gibt es wurzelbehandelte Zähne Ja Nein

Gibt es tote Zähne Ja Nein
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt Ja Nein
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterial

Amalgam Gold Kunststoff 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, übel riechend, 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.

Arme – Beine – Rücken – Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut/Nägel Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Allergien auf:

.....

Gynäkologischer Bereich

Gynäkologie Ausfluss- keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, 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, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlaflage** Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt
- Träume** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich

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

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

Allergien auf

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche

.....

Trinken Wie viel trinken Sie pro Tag? Liter

Was trinken Sie.....

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

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte fassen Sie chronologisch alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben, zusammen