

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

In der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren. Die Informationen die Sie mir schriftlich und mündlich vermitteln unterliegen der Schweigepflicht und den Datenschutzvorordnungen und werden daher vertraulich bleiben. Ich werde sie nutzen um Sie zu kontaktieren und um Sie besser behandeln zu können. Im Zweifel lassen Sie bitte die Frage unbeantwortet.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken den uns vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Hoda Morscheck

Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Titel:
		<input type="checkbox"/> Anderes	
Familienstand: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet			
Adresse		Geburtsdatum	
Hausarzt		Versicherung und Police-Nummer	
Gewicht		Größe	
Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?			
Was wünschen Sie sich von der Therapie?			
Wie sind Sie auf uns gekommen?			

GESUNDHEITSGESCHICHTE			
Kinderkrankheiten: <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Kehledeckelentzündung			
Impfungen gegen, Datum:	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Influenza
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Varizelle	<input type="checkbox"/> MMR (Masern, Mumps, Röteln)
	Sonstiges		
Haben Sie vom Arzt diagnostizierte Krankheiten (z.B. Diabetes, Herzerkrankungen, Übergewicht, Bluthochdruck, Gallenblasenzysten, Nierenerkrankungen, Fettleber, Krebs...)			
Haben Sie schwere Krankheiten durchgemacht? (wie Lungenentzündung, Herzinfarkt, Nierenentzündungen, Rheumatisches Fieber, Krebs...)			
Operationen			
Datum	Was für eine Operation?	Klinikum/Krankenhaus	
Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus			
Datum	Grund des Aufenthalts	Klinikum/Krankenhaus	

Rauchen	Rauchen Sie?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Zigaretten- Pack./Tag	<input type="checkbox"/> Kaugummi mit Nikotin	<input type="checkbox"/> Pfeife - #/Tag	<input type="checkbox"/> Zigarre - #/Tag	
	Seit wann?				
	<input type="checkbox"/> aufgehört?	<input type="checkbox"/> Seit wann?	<input type="checkbox"/> Womit hörten Sie auf?		
Drogen	Nehmen Sie Drogen?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Seit Wann?		Was für Drogen?		
Sex	Haben Sie Geschlechtsverkehr?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Ja Haben Sie einen Kinderwunsch?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wenn nicht verhüten Sie? Wie?				
	Haben Sie Beschwerden beim Geschlechtsverkehr?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja welche?				
Sicherheit	Wohnen Sie allein? Seit wann?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Fallen Sie oft hin? Seit wann?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Haben Sie Hörverlust? Seit wann?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Haben Sie Schwindel? Seit wann?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Haben Sie Missempfindungen (Kribbeln, Ameisenlaufen, Taubheitsgefühl...)			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja wo? Seit wann?				

FAMILIENANAMNESE					
	ALTER	SIGNIFIKANTE BESCHWERDEN		ALTER	SIGNIFIKANTE BESCHWERDEN
Vater			Kinder	<input type="checkbox"/> Junge	
				<input type="checkbox"/> Mädchen	
Mutter			Kinder	<input type="checkbox"/> J	
				<input type="checkbox"/> M	
Geschwister	<input type="checkbox"/> J			<input type="checkbox"/> J	
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> J			<input type="checkbox"/> M	
	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> J			Großmutter mütterlich	
	<input type="checkbox"/> M			Großvater mütterlich	
	<input type="checkbox"/> J			Großmutter väterlich	
<input type="checkbox"/> M			Großvater väterlich		

BEFINDLICHKEIT		
Stehen Sie viel unter Stress/Druck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich deprimiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Panikattacken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Problem mit dem Essen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weinen Sie oft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie schon versucht sich umzubringen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie Gewalt gegen sich oder Andere aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie verletzt oder missbraucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besuchen Sie einen Psychologen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

FÜR DAMEN		
Alter bei der ersten Regelblutung:		
wann hatten Sie Ihren letzten Zyklus:		
Zyklusdauer	Tage	
Wie ist Ihre Regelblutung? Regelmäßig? Unregelmäßig? Schmerzhaft?		
Wie viel Schwangerschaften?	Wie viele Geburten?	
Sind Sie Schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie einen Kaiserschnitt? Oder eine Gebärmutter-operation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie im letzten Jahr Unterleibentzündungen (Blase/Scheide...)? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Blut im Harn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blasenschwäche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie plötzliche Hitzewallungen/Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie menstruale Beschwerden um die Regelblutung? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Veränderung an der Brust festgestellt? Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	
Wann war Ihre letzte Vorsorgenuntersuchung beim Frauenarzt?		
Sonstige Beschwerden/Ergänzungen		

FÜR HERREN		
Stehen Sie nachts auf um Wasser zu lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja wie oft?		
Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? (brennen, Schmerzen,...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt??	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist der Harnstrahl verändert? (schwach, stotternd...)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
In den letzten 12 Monaten hatten Sie Nieren-, Blasen-, Prostataentzündungen oder – Krankheiten? Welche?		<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie das Gefühl, dass Sie die Blase nicht gut leeren können?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr? Welche?		<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schmerzen oder Schwellungen im Bereich der Geschlechtsorgane?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann war Ihre letzte Vorsorgenuntersuchung beim Urologen?		
Sonstige Beschwerden/Ergänzungen:		
ANDERE BESCHWERDEN		
Kreuzen Sie die Körperteile an, die Ihnen Beschwerden bereiten und beschreiben Sie diese kurz:		
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Brust/Herz	<input type="checkbox"/> Veränderung von:
<input type="checkbox"/> Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Gewicht
<input type="checkbox"/> Ohren	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Kraft/Energieniveau
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Blase	<input type="checkbox"/> Schlaf
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden:
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Kreislauf	

Weitere Anmerkungen, Kommentare oder Ergänzungen:

DATUM / PATIENTENNAME/ UNTERSCHRIFT
