



Anamnese • Fragebogen

Praxis für NaturMedizin • Nadine Groß

Bahnhofstraße 19 • 21614 Buxtehude

Tel. 04161-554 98 98 • Fax 04161-554 98 99

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Tel. berufl. : _____
PLZ, Ort: _____ FAX: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____
Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder: _____

Anleitung

Bitte füllen Sie unseren Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür.

- **Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?**

• **Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, OP, Hautausschläge, Medikamente.

• **Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?
(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)**
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten,
Geschlechtskrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine,
Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

• **Welche Auffrisch-Impfung haben Sie bekommen?**

• **Gab es Reaktionen auf Impfungen?**
z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

• **Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**
z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus,
Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber,
Syphilis, Tropenkrankheit, Tuberkulose, usw.

• **Leiden Sie an einer akuten Infektionskrankheit?**

• **Gibt es Allergien?**
Pollen/wann
Nahrungsmittel
Medikamente

• **Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

• **Allgemeine**

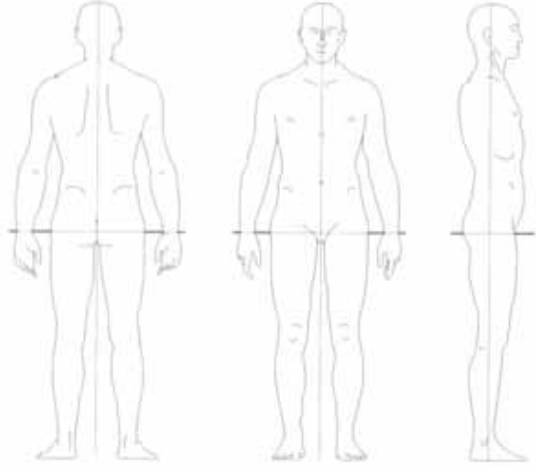
Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel Liter und was trinken Sie am Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim
Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

• Schmerzfragen

<p>Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen.</p> <p>Kreuz – punktförmiger Schmerz Linie – unklare Schmerzlokalisierung Pfeil – ausstrahlender Schmerz</p>	
---	--

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen am Tag?
Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?
Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Andere Symptome zum Schmerz
Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörung, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Tragen sie orthopädische Einlagen/Erhöhungen?
Wenn ja, welche Seite?

Bitte bringen Sie Ihre Bilder mit! (CT, MRT, Röntgenbilder)

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich beim Beantworten der Fragen gegeben haben.

Wir freuen uns auf Sie.

Ihr Praxisteam