

Anamnese-Fragebogen

(Bitte sorgfältig ausfüllen, nicht zutreffendes streichen oder ggf. ergänzen!)

Imke Frei • Dipl. Chemikerin • Heilpraktikerin
 Privatfachpraxis für Infusionstherapie
 Gerhardshainer Straße 9
 61462 Königstein
 Telefon / Fax: +49 (0) 6174 9351077
 Email: imke.frei@mitogesund.de
 Web: www.mitogesund.de

Vorname		Name	
Straße			
PLZ	Wohnort		
Telefon / Mobil		Email-Adresse	
Krankenversicherung		Beruf	frühere Berufe / Tätigkeiten
Geburtstag	Alter	Familienstand seit:	Blutgruppe
			Körpergröße / cm
			Gewicht / kg

Datum:

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1	.....	seit:
2	.....	seit:
3	.....	seit:
4	.....	seit:
5	.....	seit:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Andere Erkrankung
 Operationen
 Schreck
 Reise
 Trauer
 Hautausschläge
 Kummer
 Anderes Ereignis:

Welche Behandlungen haben Sie, von wem, bereits gegen die Beschwerden bekommen? Welche Erfolge wurden erzielt?

.....

.....

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

.....

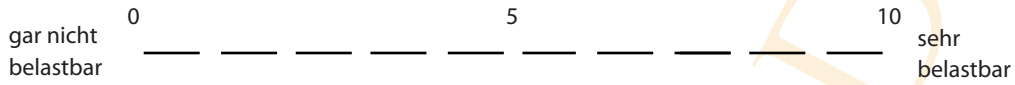
Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Name	Seit	Warum	Dosierung
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allgemeine Symptome

mangelnde Konzentration	Schuldgefühle	Infektionsanfälligkeit	Fieber	nie
müde und erschöpft	ungelöster Konflikt	Neigung zur Erkältung		selten
verstärkt reizbar	Ängste	häufiges Schwitzen		oft
				bei Infektionen

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0 - 10?



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- | | | |
|--------------------------------|--------|--------|
| häufig | selten | nie |
| morgens | abends | |
| halbseitig | links | rechts |
| doppelseitig | | |
| Stirn / Augen / Schläfenregion | | |
| Hinterhauptregion | | |
| aus dem Nacken kommend | | |

Auslöser der Kopfschmerzen:

.....

Was verbessert?

.....

Was verschlechtert?

.....

Schilddrüse

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| Überfunktion | Unterfunktion |
| Vergrößerung | Operation |
| Autoimmunerkrankung / Hashimoto | |

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit:

Ohren

links rechts

- Schmerzen
- Ohrendruck
- Ohrengeräusche
- Hörminderung
- Hörgerät
- Mittelohrentzündungen

Haare

- ergraut seit:
- gefärbt seit:
- Haarausfall seit:
- kreisrunder Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall

Nase

- Operationen
- behinderte Nasenatmung
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Nase verstopft
- Heuschnupfen

Absonderungen

- wässrig
- schleimig
- eitrig
- grünlich

Mandeln

- Operation
- häufige Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

Zähne / Kiefer

Zahnbehandlungen

- wurzelbehandelte Zähne
- tote Zähne
- Wurden tote oder Weisheitszähne chirurgisch entfernt? Wann:

Empfindliche Zähne auf?

- heiß
- kalt

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

- ja
- nein

Wurde danach eine Quecksilberausleitung vorgenommen?

- nein
- ja, wie?

Name Ihres Zahnarztes:

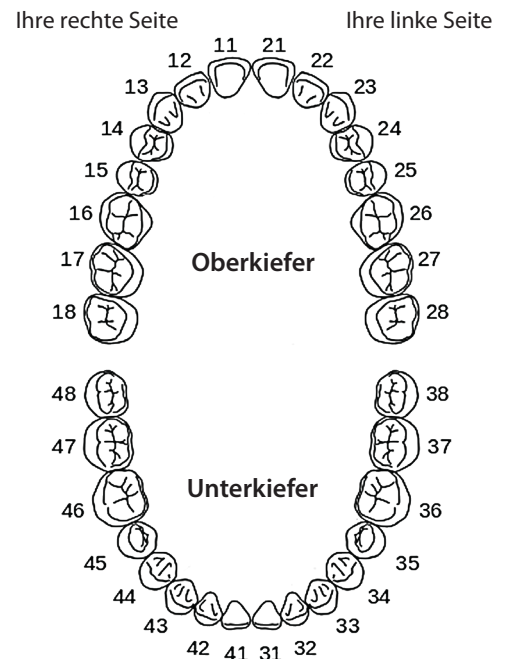
Zahn-Füll- Ersatzmaterialien

- | | |
|------------|-----------|
| Amalgam | Gold |
| Kunststoff | Titan |
| Keramik | Palladium |
| Implantate | andere |

Kiefergelenke

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Organfunktionen

Magen Völlegefühl Sodbrennen Appetitlosigkeit Gastritis Darm Blähungen Verstopfung Reizdarm Colitis ulcerosa Morbus Crohn Polypen Divertikel Verwachsungen Hämorrhoiden	Herz Beschwerden Stechen Druckgefühl Rhythmusstörungen Beklemmungen Infarkt Lunge Bronchitis häufig Husten Atemnot Asthma Brustdrüse Beschwerden Operationen	Leber Hepatitis / Entzündungen Fettleber Galle Steine Koliken Operationen Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit Niere/Blase Nierensteine Nierenerkrankungen Blasenentzündungen Häufigkeit:	Stuhlgang täglich, 1 bis mal jeden 2. Tag jeden 3. Tag unregelmäßig Durchfallneigung Farbe / Geruch hell dunkel übelriechend Konsistenz weich hart knollig pastös schmierig kann Stuhl nicht halten Gefühl nicht fertig zu werden klebrige Rückstände nach WC-Spühlung Harn viel wenig häufig kann nicht halten nächtlicher Harndrang mal
---	---	---	--

Allergien auf: (Allergien auf Lebensmittel bitte gesondert auf Seite 4 angeben.)

.....

.....

Körperfunktionen

Haut / Nägel Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken Warzen eingewachsene Nägel Nagelbettentzündungen Fußpilz Nagelpilz Piercing	Arme Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen Golferellenbogen kalte Hände Kribbeln Taubheitsgefühl	Beine Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl	Rücken Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose Verspannungen Verhärtungen Steifigkeit Rheuma
---	--	--	--

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Frau Ausfluß? ja nein weiß gelb wundmachend Schmerzen Eierstockentzündungen Ausschabung Geburten, wie viele: Fehlgeburten, wie viele: Abtreibungen Tumore Zysten Myome Geschlechtskrankheiten Sterilisation	Mann Prostata vergrößert Entzündungen Operation Beschwerden beim Wasserlassen Erektionsprobleme Geschlechtskrankheiten Sterilisation	Verhütungsmaßnahmen: keine Pille Spirale Hormonspirale Hormonspritze andere: Sexualität: (Freiwillige Angaben!) verstärkt unbefriedigt Libidoverlust glücklich und zufrieden Probleme mit der Sexualität Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
--	---	--

Wie ist ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit
 häufiges Erwachen
 Um wie viel Uhr?
 nächtliches Wasserlassen
 Wie oft:
 Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Unruhe in den Beinen
 Sprechen im Schlaf
 Nachtschweiß heiße Füße
 Zähneknirschen Lebhaftige Träume
 Schichtarbeit Früh Spät Nacht
 Regelmäßige Schlafzeiten
 von: bis:

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone / Router / WLAN
 elektrische Geräte im Standby
 Fernseher Wasserbett

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

unter 500ml über 2 Liter
 ca. 1-2 Liter unter 1 Liter

Was trinken Sie?

Wasser
 classic medium still
 Fruchtsäfte Milch Tee
 Kaffee Softdrinks Wein
 hochprozentigen Alkohol Bier

Rauchen Sie?

ja nein
 Wie viel?
 Seit wann?
 Passivraucher E-Zigarette
 Nichtraucher seit

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja, folgenden:

Beschaffenheit der Wohnung

Schimmelpilzbelastung
 Antiquitäten / Holzschutzmittel
 Teppichböden Ledermöbel
 Mikrowelle Induktionsherd

In der Nähe befinden sich:

Überlandleitung / Bahnstrom / Bahngleise
 Trafostation / Funkmast Bäche / Flüsse

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	monatlich	wöchentlich	täglich	mehrmals täglich
Käse.....
Joghurt.....
Milchprodukte.....
Wurst.....
Weißmehlprodukte
Kuchen.....
Eier.....
Zucker.....
Fleisch.....
Fisch.....
Geflügel.....
Gemüse.....
Obst.....
Nüsse.....
Sojaprodukte.....
Marmelade.....
Süßigkeiten.....

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Gluten Fructose Lactose

Bevorzugte Ernährung

vegetarisch vegan Mischkost Rohkost Fertiggerichte

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja nein

Ihre Geburt war:

natürlich früh
 kompliziert durch Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?

ja nein

Baubiologische Untersuchung des Wohn- / Arbeitsbereiches durchgeführt?

nein ja, mit folgendem Ergebnis:

.....

(Fügen Sie ggf. bitte das Gutachten den Unterlagen hinzu)

Krankheitsgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Tuberkulose	Scharlach	Windpocken	Röteln	Mumps	Masern
Keuchhusten	Polio	EBV Infektion	Tetanus	Borreliose	Malaria
Tropenkrankheiten	Syphilis	Gonorrhoe (Tripper)	Salmonellose	Ruhr	

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose (BCG)	Cholera	Pocken	Röteln	Mumps	Masern
Keuchhusten	Polio	Hepatitis	Tetanus	HIB	Gelbfieber
Grippe	Diphtherie	Andere			

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

nein ja Wie häufig? (geschätzt)

Name des Medikamentes:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Erkrankung	Vater	Mutter	Erkrankung	Vater	Mutter	Erkrankung	Vater	Mutter
Allergien			Asthma			Epilepsie		
Geisteskrankheiten			Zuckerkrankheit			Gefäßerkrankungen		
Gicht			Herzkrankheiten			Krebs		
Multiple Sklerose			Neurodermitis			Rheuma		
Schlaganfall			Nieren / Gallensteine*			Schuppenflechte		
Tuberkulose			Geschlechtskrankheiten			andere:		

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Unruhe Krämpfe
Schlaflosigkeit
Verhaltensveränderung

Insektenbisse

Spinnen, wann:
Zecken, wann:

Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt? (CT oder MRT)

ja nein

Tierhalter

nein ja, folgende:

..... seit:
..... seit:

OP- oder / und Unfall-Narben*

nein ja, in folgenden Bereichen:

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

ja nein

Chronologische Krankengeschichte: (Falls notwendig, bitte gesondertes Blatt benutzen.)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, möglichst von Kindheit an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Datum, Unterschrift

* nicht zutreffendes bitte streichen