

Praxis für Naturheilkunde Stephanie Grimm

- 🏠 Talstraße. 35
66987 Thaleischweiler-Fröschen
- ☎ Telefon: 06334/9846561
📠 Telefax: 06334/9848432
✉ Email: hp@stephanie-grimm.com
- 🌐 Website: <http://www.stephanie-grimm.com>



Anamnese-Fragebogen

Personalien von Patient

<i>Vorname</i>	<i>Name</i>	
<i>Straße</i>	<i>Nr.</i>	
<i>PLZ</i>	<i>Ort</i>	
<i>Telefon</i>	<i>Geburtstag</i>	
<i>Mobil</i>	<i>Geburtsort</i>	
<i>E-Mail</i>	<i>Körpergröße</i>	<i>Gewicht</i>
<i>Beruf</i>		

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: _____
6. _____	seit: _____
7. _____	seit: _____
8. _____	seit: _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eine Erkrankung | <input type="checkbox"/> Kummer |
| <input type="checkbox"/> Trauer | <input type="checkbox"/> Schreck |
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> andere: | |

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welchen Ärzten, Kliniken, Heilpraktikern haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Allgemeine Symptome

- Mangelnde Konzentration
- Ich bin müde und erschöpft
- Ich bin verstärkt reizbar
- Ich habe Ängste- Schuldgefühle-Konflikte

- Ich schwitze sehr schnell
 - Ich schwitze in der Nacht
- An welchem Körperteil?**
- _____
- _____

- kalter Schweiß
- warmer Schweiß

- Ich friere sehr schnell
- kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- sehr belastbar
- mäßig belastbar
- gar nicht belastbar

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- Stirn-Augen-Schläfenregion
- Hinterhauptregion
- morgens abends
- halbseitig doppelseitig
- links rechts
- wandernd von rechts nach links
- wandernd von links nach rechts

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja, seit: _____
- kreisrunder Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall

Augen

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

Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Nase

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

Absonderungen:

- wässrig schleimig
 - eitrig grünlich
 - Allergien auf: _____
- _____

Mandeln

- Operationen
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Operation
- Vergrößerung

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf:

- heiß kalt
- Parodontose/Parodontitis

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- Ja Nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam Gold
- Titan Kunststoff
- Keramik Palladium
- Implantate

Kiefergelenke:

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Körper und Organfunktionen

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operationen
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myogelosen

Niere/Blase

- Nierensteine
- Entzündungen
- häufig: _____

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach: _____

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2.Tag
- unregelmäßig
riecht nach: _____
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls:

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfaderen
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln

Rücken

- Beweglichkeit
- Taubheitsgefühl
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsener Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

Gynäkologischer/urologischer Bereich

Zyklus

Verhütung

- Pille
- Hormonspritze
- Spirale

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte im standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

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

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

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

Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
- Wasser mit Kohlensäure
- Fruchtsäfte
- Softdrinks
- Kaffee Tee Milch
- Bier Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsergänzungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

wenn ja welche: _____

Wurden Sie gestillt?

ja nein

War ihre Geburt eine natürliche?

ja nein

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Syphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon mal einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Tuberkulose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Steinkrankheiten
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- Krebs
- andere:

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen

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

- ja nein

Datum, Unterschrift