

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

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

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
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln

Rücken

- Beweglichkeit
- Taubheitsgefühl
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsener Nägel
- Nagelbettentzündungen

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 wie viel? _____
- Wein wie viel? _____

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?

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Allergien:

- ja nein
wenn ja welche: _____
- _____
- _____

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

Zahlungswunsch :

- Rechnung für Privat-KV: _____ (Name Privatversicherung)
- Rechnung für Zusatzversicherung _____ (Name Zusatzkrankenversicherung)
- Beihilfe
- Selbstzahler

Es besteht die Möglichkeit, dass Zusatzversicherungen, Beihilfestellen oder private KV die Kosten möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernehmen. Unabhängig davon sind die Behandlungskosten innerhalb der Frist an meine Verrechnungsstelle PVS zu zahlen.

Selbstzahler zahlen nach jeder Behandlung in bar.

In der Regel erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung keine Übernahme der Behandlungskosten. Ausnahme ist hier die IKK Südwestpfalz. Dort bin ich als zugelassene Therapeutin gelistet und Sie erhalten eine Rechnung nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker über den vereinbarten Betrag. Inwieweit diese Rechnung von der IKK übernommen wird, erfragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse.

Die Therapien in meiner Praxis haben Festpreise zzgl. Material, diese werden Ihnen vor Behandlungsbeginn mitgeteilt.

Ein Heilungsverprechen von meiner Seite wird nicht abgegeben.

**Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können,
bitten wir um rechtzeitige Terminabsage.**

Datum, Ort

Patient / Erziehungsberechtigter