

Bitte bringen Sie den Bogen zu Ihrem 1. Termin mit in die Praxis.
Bei einer Naturheilkundlichen Untersuchung/ Stoffwechselformung bitte
Unbedingt Morgenurin vom Untersuchungstag mitbringen!



Anamnesebogen

Praxis für Naturheilkunde
und Osteopathie

Juliane Danziger

Name: _____ geb. am _____

Gesetzl Vertreter: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Hobby: _____

Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir? Auslöser?

Welche Operationen hatten Sie bereits? Zutreffendes bitte ankreuzen:

• • Blinddarm • • Mandeln • • Sonstiges :

Welche Allergien liegen vor?

Kennen Sie Ihre Blutgruppe?

Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften :

Sind Sie derzeit Schwanger?:

Anzahl Geburten :

Einnahme der Pille • • ja • • nein andere?

Monatsblutung: • • regelmäßig • • schmerzhaft • • unregelmäßig

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Größe Körpergewicht

Anzahl Zigaretten/Tag

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist ihr Schlafverhalten?

(Ein-, Durchschlafen, Nachtschweiß, Unruhige Beine, Zähneknirschen usw.)

Wie belastbar schätzen Sie sich ein? (1 wenig, 2 mittel, 3 stark)

Schmerzen und Narben

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie oft haben Sie Schmerzen? (immer, wie oft am Tag, wöchentlich)

Bisherige Schmerzbehandlung?

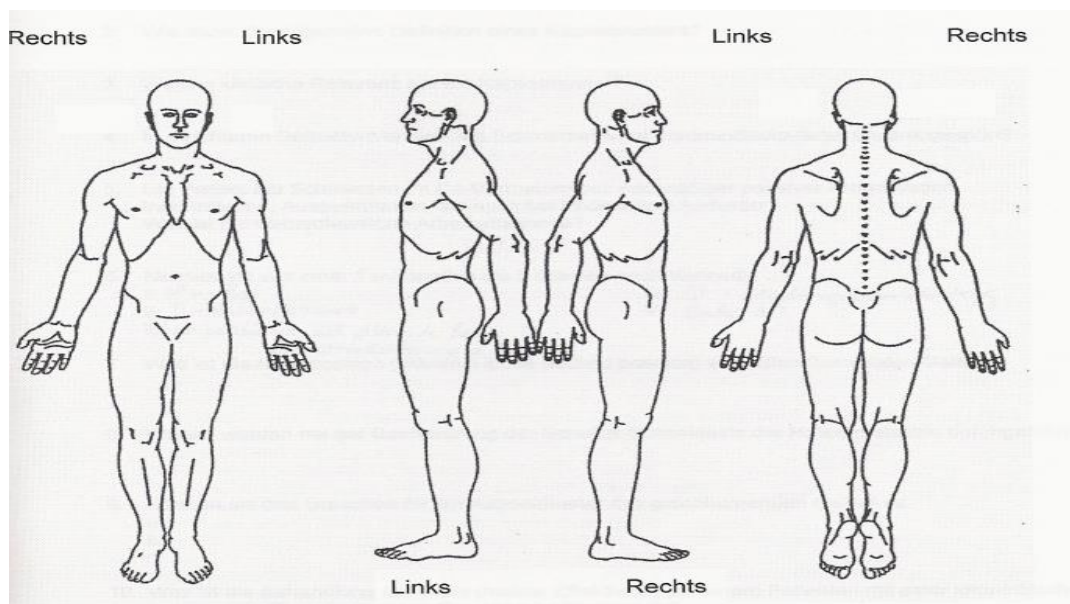
Wie ist das Schmerzempfinden?(ziehend, reißend, brennend, klopfend, krampfartig, bohrend)

Welche Ereignisse verschlimmern? (stehen, sitzen, gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten o. sonstiges)

Bitte tragen Sie die Schmerzen ein:

Rot: Schmerzort (Ausstrahlung straffieren) Skala 1-10 ; 1 =kein Schmerz- 10= stärkste Schmerzen

Grün: Narben



Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

Kiefergelenksprobleme (z.B. knacken) wo?

Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- • Völlegefühl n. d. Essen • • Vermehrt Blähungen • • Verstopfung
- • Sodbrennen • • Vermehrt Aufstoßen • • Hämorrhoiden
- • Gastritis • • Heliobakter Pylori • • Durchfall
- • Magengeschwür • • Appetitlosigkeit • • Stuhlgang täglich • • Stuhlgang alle 2-3 Tage

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Welche schweren Erkrankungen und Traumata (z.B. Unfälle) haben Sie durchgemacht ?

Augen: Tragen Sie eine Brille? kurzsichtig/ weitsichtig?

Nase : Nasennebenhöhlenentzündungen/ behinderte Nasenatmung, Mandelentzündungen?

Herz : Bluthochdruck, Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Infarkt, Rhythmusstörungen?

Lunge : Bronchitis, häufig Husten, COPD, Asthma,

Leber: Entzündung, Hepatitis, Vergrößerung, Zhirrose, Tumore? Regelm. Alkohol?

Galle: Steine, Koliken, OP, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit?

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, OP, Sodbrennen?

Darm: Infektionen, Hämorrhiden, Blut, Verstopfung, Durchfall?

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, Kalte Hände?

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, OP, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheit, Einlagen

Rücken: eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, Op Beschwerden?

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht gefragt wurden?

Waren sie bereits in Behandlung? Welche Therapien wurden von den Kollegen durchgeführt?