

Michael Stolpmann

Heilpraktiker
Linienstraße 152
10115 Berlin

 (030) 97 89 44 44

 (0 30) 28 04 79 36

 kontakt@praxisstolpmann.de

 <http://praxisstolpmann.de>

Anamnese-Fragebogen

Füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

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

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: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge
 andere: _____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Siphilis |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | | |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon 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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> andere: |

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> Mumps | |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
 Krämpfe
 Unruhe
 Schlaflosigkeit
 Verhaltensveränderungen

Emotionales

- Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein
- Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
- Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein
- Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein
- Mögen Sie enge Räume (Fahrstühle etc.)? ja nein
-
- Mangelnde Konzentration? ja nein
- Sind Sie müde und erschöpft? ja nein
- Reizbarkeit verstärkt? ja nein
- Ängste-Schuldgefühle-Konflikte? ja nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein
-
- Schwitzen Sie leicht? ja nein
- Schwitzen Sie Nachts? ja nein
- An welchem Körperteil: _____
- kalter Schweiß warmer Schweiß
-
- Frieren Sie schnell? ja nein
- Kalte Hände kalte Füße
- Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
- sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar
-
- Wie ist ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?
- sehr gut gut mäßig schlecht
-
- Haben Sie einen Partner(in)? ja nein
- Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner(in)?
- sehr gut gut mäßig schlecht
-
- Sind Sie glücklich? ja nein

Ernährung

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker |
| <input type="checkbox"/> Nüsse | |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

- Süß
- Sauer
- Pikant
- Bitter
- Salzig
- Scharf
- Fleisch
- Eier
- Obst
- Nikotin
- Alkohol

Abneigungen gegen

- Süß
- Sauer
- Pikant
- Bitter
- Salzig
- Scharf
- Fleisch
- Eier
- Fett
- Alkohol

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein
- wenn ja welche:
-

Wurden Sie gestillt?

- ja nein
-

War ihre Geburt eine natürliche?

- ja nein
-

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten

- mit unserer Hilfe zu verbessern? ja nein

Wohnung

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz auf Geopatische und Elektroskok-Belastungen untersucht worden?

- 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

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

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

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
 häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____
 nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
 Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Unruhe in den Beinen
 Sprechen im Schlaf
 Nachtschweiß
 heiße Füße
 Zähneknirschen
 Lebhaftige Träume

Schlafelage

- Bauch
 Rücken
 links
 rechts
 sitzend
 kniend
 zusammengerollt

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

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

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

- Haarausfall
 kreisrunder
 vereinzelter
 seit wann: _____

Augen

- Bindehautentzündung
 kurzsichtig
 weitsichtig
 sonstige Beschwerden
 Brille seit: _____

Ohren

- Schmerzen links
 Schmerzen rechts
 beidseitig
 Mittelohrentzündungen
 Schwerhörig
 Ohrengeräusche
 Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- Häufige Zahnarztbesuche
 Beschwerden bei der Zahnung
 Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
 Wurzelbehandelte Zähne
 Tote Zähne
 Empfindliche Zähne auf
 heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- Ja Nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
 Gold
 Titan
 Kunststoff
 Keramik
 Palladium

Nase

- Operationen
 Heuschnupfen
 Allergien auf: _____

- behinderte Nasenatmung
 Nase verstopft

Absonderungen:

- wässrig schleimig
 eitrig grünlich
 häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- Operation
 häufig Mandelentzündungen
 als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
 Unterfunktion
 Vergrößerung
 Operation

Brust . Bauch . Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
- häufig:

Harn

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

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Geruch nach:

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 Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme . Beine . Rücken . Haut

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

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

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- Ausfluß
- keinen
 - stark
 - weiß
 - gelb
 - wundmachend
 - färbt die Wäsche
 - Schmerzen
 - Eierstockentzündungen
 - Ausschabungen
 - Fehlgeburten
 - Geburten / wieviele: _____
 - Abtreibungen
 - Tumore
 - Zysten
 - Myome
 - Geschlechtskrankheiten

Menses

- Wann war die erste Menses?
- Wann die letzte?
- Blutungen sind
- hell
 - dunkel
 - klumpig
 - braun
 - regelmäßig
 - unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr