

Anamnese-Fragebogen

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



Donnerschweer Str. 296 · 26123 Oldenburg

Telefon 0441 / 35 01 34 43

Telefax 0441 / 35 01 34 42

info@heilpraktiker-decker.de

www.heilpraktiker-decker.de

Vorname	Name
---------	------

Straße	Nr.:
--------	------

PLZ	Wohnort
-----	---------

Datum:

Telefon	Mobil	Krankenversicherung
---------	-------	---------------------

E-Mail	Beruf	frühere Berufe / Tätigkeiten
--------	-------	------------------------------

Geburtstag	Alter	Familienstand	seit:	Blutgruppe	Körpergröße / cm	Gewicht / Kg
------------	-------	---------------	-------	------------	------------------	--------------

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 Trauer Operationen Kummer Schreck Hautausschläge Reise

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
.....
.....
.....
.....
.....
.....

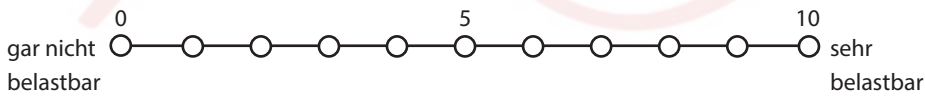
Allgemeine Symptome

- Mangelnde Konzentration
- Müde und erschöpft
- Verstärkt reizbar

- Schuldgefühle
- ungelöste Konflikte
- Ängste

- Infektionsanfälligkeit
- Neigung zur Erkältung
- häufiges Schwitzen

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



Fieber

- oft
- nie
- selten
- bei Infektionen

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

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

Auslöser der Kopfschmerzen

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Schilddrüse

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

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja, seit:
- kreisrunder Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall
- gefärbt, seit:
- Dauerwelle, seit:

Augen

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

Ohren

- Schmerzen
- links
- rechts
- Mittelohrentzündungen
- Ohrendruck
- links
- rechts
- Ohrengeräusche
- links
- rechts
- Hörminderung
- links
- rechts
- Hörgerät

Nase

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

Absonderungen

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

Mandeln

- Operation
- häufige Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

Zähne/Kiefer

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Wurden tote oder Weisheitszähne chirurgisch entfernt?

Temperaturempfindlichkeit?

- heiß
- kalt

Wurden bei Ihnen

Amalgamfüllungen entfernt?

- ja
- nein

Wurde danach eine Quecksilberausleitung vorgenommen?

- nein
- ja, wie?

Zahn-Füll- Ersatzmaterialien*

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

Kiefergelenke

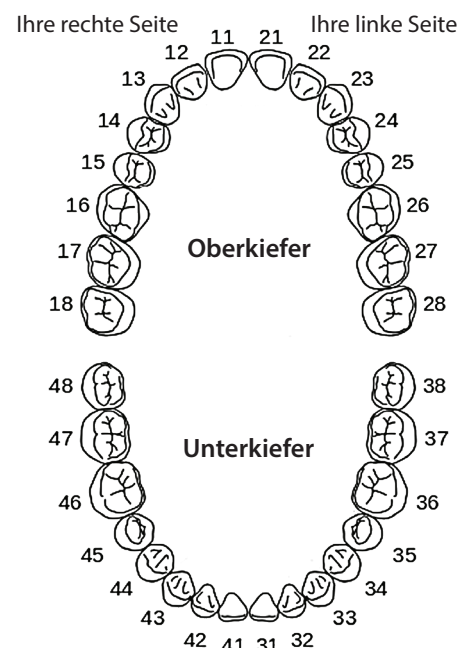
- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Zunge (wird vom Therapeuten eingetragen)

- Zahneindrücke
- Belag
- Stauungszeichen

Name Ihres aktuellen Zahnarztes?

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



* nicht zutreffendes bitte streichen!

Körper und Organfunktionen

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Rhythmusstörungen
- Beklemmungen
- Infarkt

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot Allergien/Asthma*

Leber

- Hepatitis/Entzündungen
- Fettleber

Galle

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

Magen

- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Appetitlosigkeit
- Gastritis

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Verhärtungen
- Steifigkeit
- Rheuma

Niere/Blase

- Nierensteine
- Nierenerkrankungen
- Blasenentzündungen
- Häufigkeit:.....

Harn

- viel wenig häufig
- kann nicht halten
- nächtlicher Harndrang

Darm

- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen
- Hämorrhoiden

Stuhlgang

- täglich 1 bis..... mal
- jeden 2. Tag jeden 3. Tag
- unregelmäßig
- klebrige Rückstände nach WC-Spühlung
- Durchfallneigung

Farbe/Geruch

- hell dunkel
- übelriechend

Konsistenz

- weich hart knollig
- schmierig pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- kalte Hände
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Beine

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

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Fußpilz
- Nagelpilz
- Piercing
- Allergien auf:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Erste Menses?

.....

Letzte Menses?

.....

Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

Mann

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Operation
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation
- Erektionsprobleme

Sexualität: (Freiwillige Angaben)

- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Probleme mit der Sexualität
- glücklich und zufrieden

Verhütungsmaßnahmen:

- Pille
- Spirale
- Hormonspirale
- Hormonspritze
- andere
- keine

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja, folgenden:

.....
.....

Beschaffenheit der Wohnung?

- In der Nähe befinden sich:
Überlandleitung/Bahnstrom/Bahngleise
Trafostation, Funkmast, Bäche, Flüsse*
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden Ledermöbel
- Mikrowelle Induktionsherd

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

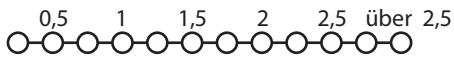
von: bis:

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

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

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Alle Angaben in ca. Liter



Was trinken Sie?

	Menge?	Häufigkeit?
<input type="checkbox"/> Wasser ¹
<input type="checkbox"/> Fruchtsäfte
<input type="checkbox"/> Bier/Wein*
<input type="checkbox"/> hochprozentigen Alkohol
<input type="checkbox"/> Kaffee/Tee/Milch*
<input type="checkbox"/> Softdrinks

(still/medium/classic-Kohlensäure)*¹

Rauchen Sie?

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

Baubiologische Untersuchung des Wohn/Arbeitsbereiches?*

nein ja, mit folgendem Ergebnis: (fügen Sie ggf. das Gutachten den Unterlagen hinzu!)

.....
.....

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten bis nie	1-3x wöchentlich	1 x tgl.	2 x tgl.	mehrmals täglich
Käse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Obst.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sojaprodukte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marmelade.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....
.....
.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....
.....
.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Gluten Fructose Lactose

Bevorzugte Ernährung?

- Mischkost vegetarisch vegan Rohkost Fertiggerichte

Ihre Geburt war:

- natürlich früh kompliziert durch Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

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

- ja nein

* nicht zutreffendes bitte streichen!

Krankheitsgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> EBV Infektion | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Covid-19 |

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

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

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- nein ja Wie häufig? (geschätzt).....

Name der Medikamente:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (v= väterlicherseits / m= mütterlicherseits)

Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie	.....
<input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	.....
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Krebs	.....
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Rheuma	.....
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nieren/Gallensteine*	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	.....
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> andere:	.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber Unruhe Krämpfe
 Schlaflosigkeit
 Verhaltensveränderungen

Insektenbisse

- Spinnen ja nein
Zecken ja nein

Falls ja, wann:

Tierhalter

- nein ja, folgende:

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

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

OP -oder/und Unfall-Narben*

- nein ja, in folgenden Bereichen:

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

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Wenn ja, tritt dabei Fieber auf?

- ja nein

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

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Die Datenschutzhinweise habe ich gelesen und akzeptiere diese.

.....
Datum, Unterschrift

* nicht zutreffendes bitte streichen!