



Anamnesebogen

Vertraulich

Alle die hier mitgeteilten Informationen werden streng vertraulich behandelt, insbesondere in keiner Datenbank gespeichert. Falls aus wissenschaftlichem Interesse Ihre Krankengeschichte oder Teile derselben veröffentlicht werden sollten, so wird vorher Ihr Einverständnis eingeholt und die Veröffentlichung streng anonym ohne Namensnennung und ohne Nennung von Umständen, die zu einer Identifikation Ihrer Person führen könnten, durchgeführt.

 gesetzlich privat

Beschwerden

Was führt Sie zu mir? Was kann ich für Sie tun?

Ordnen Sie Ihre aktuellen Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit!

Nr.	Beschwerde	Seit wann?	Wie oft?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits erhalten?

Nr.	Behandlungen
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Wie viele Fachärzte/Therapeuten/Heilpraktiker/Kliniken etc. haben Sie bisher aufgesucht?

Wie waren die Erfolge? Bewerten Sie die Ergebnisse mit einer Schulnote.

Was war/ereignete sich unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Erkrankung	Trauma	Unfall	Operation	Lebenskrise
Scheidung	Verlust	Schock	Schreck	Stress
Kummer	Trauer	Wut	Allergie	Ausschlag

Sonstiges:

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Nr.	Präparat	Seit wann?	Wie oft?	Wie viel?
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Frühere Erkrankungen und Beschwerden

Jede Krankheit, Vergiftung, Medizin oder Unfall hinterlässt Markierungen und bleibt als ein Schwachpunkt im System, mehr, als wir uns vorstellen können. Eine ganzheitliche, naturheilkundliche oder homöopathische Behandlung trägt all diesen Einzelheiten der Vergangenheit Rechnung und behebt auf diese Weise die entstandenen Schwachpunkte. Auf diese Weise wird Ihr Organismus gestärkt. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass wir alles über Ihre Beschwerden, an denen Sie in der Vergangenheit gelitten haben, erfassen – ebenso wie die dafür stattgefundene Behandlung.

Infektionskrankheiten:

-
-
-
-
-

Gehirn/Kopf:

-
-
-
-
-

Auge/Nase/Ohren:

-
-
-
-
-

Mundbereich/Zähne/Kiefer:

-
-
-
-
-

Respirationstrakt Haut:

-
-
-
-
-

Atmungsorgane:

-
-
-
-
-

Herz-Kreislaufsystem/Blut:

-
-
-
-
-

Leber/Galle/Pankreas:

-
-
-
-
-

Verdauungssystem:

-
-
-
-
-

Niere/Harnwege:

-
-
-
-
-

Geschlechtsorgane:

-
-
-
-
-
-

Bewegungsapparat:

-
-
-
-
-
-

Nervensystem:

-
-
-
-
-
-

Psyche:

-
-
-
-
-
-

Stoffwechsel:

-
-
-
-
-
-

Erkrankung	Alter	Dauer	Genesen?	Medikamente	Behandlung/Einzelheiten

Weitere Besonderheiten und Informationen:

Familieninformation

Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Verwandtschaft vor?

Verwandtschaft	Alter	Erlittene Erkrankungen
Väterlicher Großvater		
Väterliche Großmutter		
Mütterlicher Großvater		
Mütterliche Großmutter		
Vater		
Mutter		
Väterliche Onkel		
Väterliche Tanten		
Mütterliche Onkel		
Mütterliche Tanten		
Cousins/Cousine Vater		
Cousins/Cousine Mutter		

Hat irgendeiner dieser Verwandten Erkrankungen, Beschwerden oder Symptome, die Ihnen ähneln?

Welche Erkrankungen liegen unter Ihren Geschwistern vor?

Bruder/Schwester	Alter	Erlittene Erkrankungen

Persönliche Geschichte

Geburt

Hatte Ihre Mutter irgendwelche Probleme/Schwierigkeiten vor/in/während/nach der Schwangerschaft? Medikamente?

War ihre Geburt eine natürliche?

Kindheit

In welchem Alter begann bei Ihnen...

Kategorie	Alter	Anmerkungen
Zahnen		
Sitzen		
Laufen		
Sprechen		
Urinkontrolle (Bettnässen usw.)		
Essen von unverdaulichen Dingen (Erde, Kreide, Papier)		
Andere Probleme in Wachstum und Entwicklung		

TIERBISSE

Sind Sie jemals von einem Tier gebissen worden? Erhielten Sie eine Tollwut-Impfung oder ein anderes Gegengift?

IMPFUNGEN

Welche Impfungen haben Sie bekommen und wie oft?

Impfung	Wie oft	Impfung	Wie oft?
Tetanus		Masern	
Diphtherie		Mumps	
Pertussis		Röteln	
Hib (H. influenzae Typ B)		Varizellen	
Poliomyelitis		Influenza	
Hepatitis B		HPV (humane Papillomaviren)	
Pneumokokken		Cholera	
Rotavieren		Tuberkulose (BCG)	
Menningokokken C		Thypus	

andere:

Gab Impfreaktionen oder sind Impfschäden bekannt?

KINDER

Wie viele Kinder haben Sie? Welcher Gesundheitszustand liegt vor?

Name des Kindes	Alter	Erlittene Erkrankungen

HAUPTSÄCHLICHE BESCHWERDE

Beschreiben Sie ihre hauptsächliche Beschwerde und damit verbundene Beschwerden: genaue Geschichte, ihren Beginn, Verlauf mit genauen Daten.

URSACHEN

Können Sie den Ursprung ihrer jetzigen Erkrankung/Beschwerde auf irgendwelche bestimmte Umstände, Unfälle, Krankheiten, Ereignisse oder Aufregungen zurückführen?

Ernährungsanalyse

APPETIT UND DURST

Wie ist ihr Appetit?

Wann sind sie hungrig?

Was passiert, wenn Sie längere Zeit nichts essen?

Wie schnell essen sie?

Wieviel Durst haben Sie?

Sind Sie zu einer bestimmten Zeit besonders durstig?

Gibt es irgendwelche Veränderungen in ihrem Geschmack oder Gefühl im Mund?

TRINKVERHALTEN

Wieviel trinken Sie täglich?

Wieviel Trink-/Mineralwasser und/oder ungezuckerte Getränke nehmen sie am Tag zu sich? (in Gläsern)

Wie viel gezuckerte Getränke trinken sie täglich?

Wie viel Light-Getränke nehmen sie zu sich?

Welche Getränke trinken Sie sonst noch?

Verlangen nach oder Abneigung gegen?

	Verlangen	Abneigung
warme Getränke		
kalte Getränke		

ESSVERHALTEN**Welche Nahrungsmittel essen Sie? Bitte unterstreichen Sie diese!**

Milchprodukte	Süßigkeiten	Stärke- und Getreideprodukte	Hülsenfrüchte
Eier	Zucker	Vollkornprodukte	Fertigprodukte
Eiweißprodukte	Nüsse	Weißmehlprodukte	Tiefkühlkost
Probiotische Lebensmittel	Zuckerersatzstoffe	Gemüse	Fleisch/Geflügel
Kräuter	Öle	Obst	Fisch

Wie viel Mahlzeiten essen Sie am Tag? Wann und was?

Mahlzeit	Wann?	Was?
1. Mahlzeit		
2. Mahlzeit		
3. Mahlzeit		
4. Mahlzeit		
5. Mahlzeit		
6. Mahlzeit		

Wo nehmen Sie ihre Mahlzeiten ein?**Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?**

Verlangen nach oder Abneigung gegen?

	Verlangen	Abneigung
süß		
salzig		
sauer		
bitter		
scharf		
pikant		
Fleisch		
Obst		
Nikotin		
Alkohol		
warme Speisen		
kalte Speisen		
Milchprodukte		

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. vegetarisch)?

Wurden Sie gestillt?

Körpergröße:

Gewicht:

Body-Maß-Index:

Wohnsituation

Welche Art von Unterkunft haben Sie? (Wohnung, Haus,...) Mit wem wohnen Sie zusammen?

Wie ist Ihre Wohnung/Haus beschaffen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe | <input type="checkbox"/> elektrische Geräte |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung |
| <input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe | <input type="checkbox"/> Teppichböden |
| <input type="checkbox"/> Antiquitäten/Holzschutzmittel | <input type="checkbox"/> anderes: PVC |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> schnurloses Telefon/Handy | <input type="checkbox"/> Wasserbett |
| <input type="checkbox"/> elektrische Geräte (standby) | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

Wie ist Ihr Schlaf?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen um Uhr | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen, wie oft |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> lebhafte Träume |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen/Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung durch Mond |
| <input type="checkbox"/> kalte/heiße Füße | <input type="checkbox"/> Veränderungen durch Jahreszeitenwechsel |

Wie ist Ihre bevorzugte Schlaflage?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> viele Kissen unter dem Kopf |
| <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> sitzend | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> liegend | <input type="checkbox"/> zusammengerollt |
| <input type="checkbox"/> kniend | <input type="checkbox"/> verkehrt herum (Bettlage) |

Schlafzeit?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übliches zu Bett gehen: Uhr | <input type="checkbox"/> Mindeststunden Schlaf: |
| <input type="checkbox"/> Übliches Aufstehen: Uhr | <input type="checkbox"/> Höchststunden Schlaf: |

Körperliche Befunderhebung

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig
- selten
- nie

Wenn ja, wo?

- Stirn-Augen-Schläfenregion
- halbseitig links
- wandernd von links nach rechts
- wandernd von rechts nach links
- andere:
- Hinterhauptsregion
- halbseitig rechts

Wann treten Sie auf?

Wie oft?

Auslöser der Kopfschmerzen?

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Schwindel: Haben Sie irgendwelche Schwindelgefühle/Schwankungen?

Bewusstlosigkeit: Waren sie jemals bewusstlos? Oder geschieht dies in bestimmten Situationen?

Haare: Haben Sie Haarausfall? Sind ihre Haare angegriffen?**Augen:**

<input type="checkbox"/> Bindehautentzündung	<input type="checkbox"/> kurzsichtig
<input type="checkbox"/> Grauer Star	<input type="checkbox"/> weitsichtig
<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen seit:
<input type="checkbox"/> anderes:	

Ohren:

<input type="checkbox"/> Ohrenscherzen links	<input type="checkbox"/> Ohrendruck
<input type="checkbox"/> Ohrenscherzen rechts	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/> Ohrenscherzen beidseitig	<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nase:

<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit
<input type="checkbox"/> Nase verstopft	<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung
<input type="checkbox"/> Absonderung von Sekret schleimig/eitrig/wässrig/grünlich	<input type="checkbox"/> häufiger Schnupfen
<input type="checkbox"/> häufiges Jucken	<input type="checkbox"/> häufiges Niesen
<input type="checkbox"/> Riechfähigkeit	<input type="checkbox"/>

Gesicht: Gesicht und Gesichtsausdruck

zurückhaltend, schüchtern

Mund: Mund und Geschmack

keine Auffälligkeiten

Lippen und Zunge: Über die Lippen, den Mund, die Zunge, usw.**Zähne und Gaumen:**

<input type="checkbox"/> häufige Zahnarztbesuche	<input type="checkbox"/> Beschwerden bei der Zahnung
<input type="checkbox"/> wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/> tote Zähne
<input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden: Ja/nein	<input type="checkbox"/> Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
<input type="checkbox"/> Abszesse/Vereiterungen	<input type="checkbox"/> häufige Zahnschmerzen
<input type="checkbox"/> kariöse Zähne	<input type="checkbox"/> empfindliche Zähne: heiß/kalt
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> geschwollenes Zahnfleisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Amalgamfüllungen vorhanden? ja nein

Wurden diese entfernt? ja nein

Zahnfüllmaterialien:

<input type="checkbox"/> Amalgam	<input type="checkbox"/> Gold
<input type="checkbox"/> Titan	<input type="checkbox"/> Kunststoff
<input type="checkbox"/> Keramik	<input type="checkbox"/> Palladium

Zahnersatz/Prothese: ja nein

Hals (inklusive Tonsillen):

<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Schlucken	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> häufige Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/> Engegefühl
<input type="checkbox"/> als Kind	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> heute	<input type="checkbox"/>

Schilddrüse:

<input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/> Vergrößerung
<input type="checkbox"/> Unterfunktion	<input type="checkbox"/> Verkleinerung
<input type="checkbox"/> kalte/heiße Knoten	<input type="checkbox"/> Struma
<input type="checkbox"/> angeboren/erworben	<input type="checkbox"/> Operation

BRUST-BAUCH-RÜCKEN

BRUSTDRÜSE (MAMMA)/BRUST:

<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Spannungsgefühl Brust
<input type="checkbox"/> Schwellungen der Brust	<input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit Brust
<input type="checkbox"/> Entzündungen Haut/Brustwarze	<input type="checkbox"/> Überzählige Brustwarze
<input type="checkbox"/> Fehlentwicklung Brustdrüse (Unter- od. Überentwicklung, Hängebrust)	<input type="checkbox"/> verstärkte Sekretion von Flüssigkeit aus der Brustwarze
<input type="checkbox"/> Knoten/Verhärtungen	<input type="checkbox"/> Tumore/Krebs
<input type="checkbox"/> Zysten in der Brust	<input type="checkbox"/> Operation

HERZ:

<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris
<input type="checkbox"/> Stechen	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/> Endo-, Myo-, Perikarditis
<input type="checkbox"/> Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Rechtsherzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> angeborene Herzerkrankung
<input type="checkbox"/> Linksherzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Herzneurose (funkt. Herzerkr.)
<input type="checkbox"/> Globalinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Operation

Gefäße:

<input type="checkbox"/> Akuter Gefäßverschluss	<input type="checkbox"/> Varikosis (Krampfaderleiden)
<input type="checkbox"/> Vaskulitiden (Entzündungen der Blutgefäße)	<input type="checkbox"/> Varizen (Krampfadern)
<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Thrombophlebitis (Oberflächliche Venenentzündung)
<input type="checkbox"/> PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit)	<input type="checkbox"/> Phlebothrombose (tiefe Bein-Becken-Venenthrombose)
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> CVI (Chronisch Venöse Insuffizienz)
<input type="checkbox"/> Aneurysma	<input type="checkbox"/> End-/Thrombangiitis obliterans (Gefäßerkrankung Raucher)
<input type="checkbox"/> Raynaud-Syndrom	<input type="checkbox"/> Ulcus cruris
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Hypotonie

Blut:

<input type="checkbox"/> Blutgruppe:	<input type="checkbox"/> Lungenfibrose
<input type="checkbox"/> Anämien	<input type="checkbox"/> Blutstillungsstörungen
<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> Hämophilie	<input type="checkbox"/> Blutkrebs
<input type="checkbox"/> Hodgkin-Lymphom	<input type="checkbox"/> Mycosis fungoides
<input type="checkbox"/> Morbus Hodgkin	<input type="checkbox"/> Faktor II-Mutation
<input type="checkbox"/> Non-Hodgkin-Lymphom	<input type="checkbox"/> Faktor IV-Leiden

Lunge/Atemwegstrakt:

<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/> Lungenfibrose
<input type="checkbox"/> Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/> Bronchitis/Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Pneumothorax
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Bronchialkarzinom
<input type="checkbox"/> Lungenemphysem	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Lungenödem	<input type="checkbox"/> häufig Husten
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/>

Leber:

<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> PBC (primär biliäre Zirrhose) autoimmune Leberkrankheit)
<input type="checkbox"/> Leberverfettung/Fettleber	<input type="checkbox"/> Hämochromatose (Eisenspeicherkrankheit)
<input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C,D,E	<input type="checkbox"/> Pneumothorax
<input type="checkbox"/> Autoimmunhepatitis	<input type="checkbox"/> Leber vergrößert/verkleinert
<input type="checkbox"/> Leberkarzinom	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>

Galle:

<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Speiseröhre:

<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ösophagitis
<input type="checkbox"/> Erbrechen/Sodbrennen	<input type="checkbox"/> angeborene Fehlbildungen
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Hiatushernie
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ösophagusdivertikel
<input type="checkbox"/> Schmerzen hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> Ösophaguskarzinom
<input type="checkbox"/> Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/>

Magen:

<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Reizmagen
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Gastritis
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ulcus Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Druckgefühl im Oberbauch	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Druckschmerz im Oberbauch	<input type="checkbox"/>

Darm:

<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Zölliakie
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Ileus
<input type="checkbox"/> Schmerzen und Krämpfe	<input type="checkbox"/> Divertikulitis
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Blähbauch/Meteorismus	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
<input type="checkbox"/> Darpilze	<input type="checkbox"/> Analfissuren
<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> Tumore

Rücken:

<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann
<input type="checkbox"/> Skoliosen	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
<input type="checkbox"/> Verhärtungen/Myogelosen	<input type="checkbox"/> Hexenschuss
<input type="checkbox"/> Ischialgie	<input type="checkbox"/> Beckenschiefstand
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit
<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> Belastungen

OBERE UND UNTERE EXTREMITÄTEN

Arme/Hände:

<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Entzündungen
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Arthrose/Arthritis
<input type="checkbox"/> kalte Hände/warme Händen	<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom
<input type="checkbox"/> Kribbeln/ Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/> andere rheumat. Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> Frakturen
<input type="checkbox"/> Tendovaginitis (Tennisarm)	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Deformierungen	<input type="checkbox"/> Behaarung:

Beine:

<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Entzündungen
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Arthrose/Arthritis
<input type="checkbox"/> kalte/warme Beine	<input type="checkbox"/> Ödeme
<input type="checkbox"/> Kribbeln/ Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/> andere rheumat. Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> Frakturen
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Behaarung
<input type="checkbox"/> Cellulite/Besenreißer	<input type="checkbox"/> x- oder o-Beine

Füße:

<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Plattfuß
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> andere Deformitäten
<input type="checkbox"/> kalte/warme Füße	<input type="checkbox"/> Ödeme
<input type="checkbox"/> Kribbeln/ Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> Frakturen
<input type="checkbox"/> Hallux Valgus (Spreizfuß)	<input type="checkbox"/> Operationen
<input type="checkbox"/> Senkfuß	<input type="checkbox"/>

HAUT UND NÄGEL

Nägel:

<input type="checkbox"/> Nagelbettentzündung	<input type="checkbox"/> weiße Querstreifen (Eiweißmangel, schwere Infektionen)
<input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/> weiße Längsstreifen (angeborene Verhornungsstörung)
<input type="checkbox"/> Nagelpilz	<input type="checkbox"/> hellbraune bis schwärzliche Verfärbungen (nach Bluterguss, Psoriasis „Ölfleck-Nägel“, bösartiger Hautkrebs)
<input type="checkbox"/> Gelbfärbung Nägel (Raucher, Psoriasis, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> eingedellte Nageloberfläche „Löffelnägel“ (Vitamin- und Eisenmangel)
<input type="checkbox"/> trüb-weiße Nägel (schwere Lebererkrankung)	<input type="checkbox"/> kleine Grübchen „Tüpfelnägel“ (Schuppenflechte, Ekzeme)
<input type="checkbox"/> graue, brüchige Nägel (Mangel an Vitaminen, Zink, Eisen)	<input type="checkbox"/> Querrillen (Hormonschwankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, selten Neurodermitis)
<input type="checkbox"/> brüchige, weiche Nägel (Vitaminmangel, Schilddrüsenerkrankung, Nagellackentferner)	<input type="checkbox"/> Ablösen Nagelplatte (langer Kontakt mit Wasser und Seife, zu starke Beanspruchung und intensive Reinigung, Schilddrüsenleiden, Diabetes, nach Schwangerschaft)
<input type="checkbox"/> Urglasnägel (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> Längsrillen (normale Alterserscheinung ab 35)

Haut:

<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> Geschwüre
<input type="checkbox"/> Verbrennungen	<input type="checkbox"/> Naevi (Male)
<input type="checkbox"/> Hautjucken	<input type="checkbox"/> blaue Flecken
<input type="checkbox"/> Über-/Unterpigmentierung	<input type="checkbox"/> Vitiligo
<input type="checkbox"/> Kratzspuren	<input type="checkbox"/> Hautausschläge
<input type="checkbox"/> Hauttyp:	<input type="checkbox"/> Narben: Wo?
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> andere

STUHL

Haben Sie irgendwelche Probleme in Beziehung zu Ihrem Stuhl?

Wann und wie häufig am Tag haben Sie Stuhlgang?

Wann ist der Stuhl dringend?

Haben Sie irgendwelche Probleme mit der Darmtätigkeit?

Müssen Sie beim Stuhl stark pressen?

Auch, wenn er weich ist?

Haben Sie Aufstoßen oder Rülpsen?

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie aufgestoßen haben?

Können Sie in bestimmten Situationen nicht stuhlen?

Konsistenz:

<input type="checkbox"/> einzelne Klumpen, feste Kügelchen (wie Nüsse)	<input type="checkbox"/> einzelne weiche, klare glattrandige Klümpchen, leicht auszuschneiden
<input type="checkbox"/> klumpige Wurst-Form	<input type="checkbox"/> einzelne lockere weiche Klümpchen mit ausgefransten lockerem Rand
<input type="checkbox"/> wie eine Wurst mit rissiger Oberfläche, kleinen Stückchen an der Oberfläche	<input type="checkbox"/> flüssig, wässrig, ohne feste Bestandteile
<input type="checkbox"/> wie eine Wurst/Schlange mit glatter Oberfläche	<input type="checkbox"/>

STUHLFORMEN UND STUHLKONSISTENZ NACH DER „BRISTOL STOOL FORM SCALE“
(BRISTOL STUHLFORMEN-SKALA)

Farbe:

<input type="checkbox"/> hellbraun (normal)	<input type="checkbox"/> schwarz (Blaubeeren, Kohletabletten, Eisenpräparate, Blut aus dem oberen Gastrointestinaltrakt)
<input type="checkbox"/> mittelbraun (normal)	<input type="checkbox"/> gelb (Antibiotika, Milchprodukte, fehlende Gallenflüssigkeit, Funk- tionsstörung der Bauchspeichel- drüse)
<input type="checkbox"/> dunkelbraun (Fleischkonsum, geringe Flüssigkeits- aufnahme)	<input type="checkbox"/> grün (Spinat, bakterielle Infektion z.B. Salmonellen)
<input type="checkbox"/> rot (Rote Beete, Rotwein, Blutung aus dem unteren Gastrointestinaltrakt)	<input type="checkbox"/> orange (Karotten)

WASSERLASSEN UND URIN

Haben Sie irgendwelche Probleme Urinprobleme?

Riecht er stark? Wie riecht er?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden vor, während, oder nach dem Wasserlassen?

Gibt es irgendwelche Beschwerden mit der Entleerung?

Fängt das Wasser an, langsam zu laufen, ist es ununterbrochen, ist der Harnstrahl schwach oder tröpfelt er nur usw.?

Irgendwelches unwillkürliches Wasserlassen? Wann?

Können Sie in bestimmten Situationen nicht urinieren?

Farbe:

<input type="checkbox"/> trüb (Blaseninfektion)	<input type="checkbox"/> orange (Bilirubin erhöht, Schädigung Leber, Blockierung Gallenabfluss)
<input type="checkbox"/> hellgelb (normal, gutes Trinkverhalten)	<input type="checkbox"/> zartrosa (übermäßige Aufnahme von Carotinen (Möhren, Tomaten, Paprika, Orangen))
<input type="checkbox"/> gelb (zu wenig Flüssigkeitsaufnahme)	<input type="checkbox"/> pink bis rot (Blut im Harn - schwere Infektion, Nierenerkrankung, Tumor, Prostataprobleme, Vergiftung mit Blei und Quecksilber)
<input type="checkbox"/> dunkles gelb (morgens normal)	<input type="checkbox"/> braun (Notfall! Nieren- oder Blasentumor, Austrocknung oder Fieber)
<input type="checkbox"/> klar und farblos (sehr gute Flüssigkeitszufuhr, bei starkem Durstverlangen - Diabetes)	<input type="checkbox"/> blau/grün (genetische Erkrankung, Bakterieninfektion, bestimmte Lebensmittel, Medikamente)

SCHWEISS/SCHWITZEN

Wie stark schwitzen Sie?

**Wo und an welchen Körperteilen schwitzen sie am meisten?
Schwitzen Sie an den Händen und Fußsohlen?**

Ist der Schweiß warm, kalt, klebrig, schimmelig, fettig, etc.?

Wie riecht er (scharf, faul, sauer wie Urin)?

Wie färbt er die Wäsche? Kann man diese Verfärbung leicht oder sehr schwer herauswaschen?

Irgendwelche Symptome nach dem Schwitzen?

FIEBER UND FROST

Wann bekommen Sie Fieber oder Frost?

Was führt es herbei?

Wie hoch ist gewöhnlich ihr Fieber? Können Sie richtig fiebern?

Haben Sie irgendwie das Gefühl von Hitze oder Kälte in irgendeinem Teil des Körpers oder zu einer bestimmten Zeit?

Kommt es vor, dass irgendwann Ihre Handflächen oder die Fußsohlen heiß sind oder brennen?

GESCHLECHTSPHÄRE (ALLGEMEIN)

Haben Sie in der Gegenwart oder Vergangenheit irgendwelche Exzessen sexueller Art gefrönt? Und haben oder hatten diese irgendwelche Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?

Wie fühlen Sie sich nach dem Geschlechtsverkehr

Gibt es irgendwelche besonderen Empfindungen oder Symptome, die vor, während oder nach dem Geschlechtsverkehr auftreten?

Leiden Sie an irgendwelchen sexuellen Störungen?

Gab es irgendwelche Gewohnheiten, wie z.B. Masturbation usw., in der Vergangenheit und auch heute noch? Wie oft?

Haben Sie an irgendwelchen Geschlechtskrankheiten gelitten (Syphilis, Gonorrhoe, etc.)?

Haben Sie ein verstärktes oder geschwächtes Verlangen nach sexueller Betätigung?

Gab es sexuelle Übergriffe bzw. Misshandlungen?

Welche Methode benutzen Sie zur Familienplanung? (Schwangerschaftsverhütung, Pille, usw.)

FÜR MÄNNER

Irgendwelche Schwierigkeiten bei der Erektion? Erektionsmangel? Unwillkürliche Erektion? Zu schwache Erektion? Bitte beschreiben

Irgendwelche weitere Beschwerden in sexueller Hinsicht?

Prostata:

vergrößert

Entzündungen

Beschwerden Wasserlassen

Geschlechtskrankheiten

anderes:

männliche Geschlechtsorgane: Sind Erkrankungen, Störungen bzw. Symptome bekannt?

FÜR FRAUEN

Menses: Wie ist die Periode? Regelmäßig oder unregelmäßig?

In welchem Alter hat sie begonnen?

Gab es irgendwelche Beschwerden darüber?

Wie ist der Abstand zwischen zwei Perioden? Wie lange dauert sie?

Menstruationsblut: Gibt es irgendwelche Veränderungen in der Menge, Farbe, Konsistenz und dem Geruch? Lässt sich das Blut leicht auswaschen?

Haben Sie beobachtet, ob es Veränderungen in der Qualität oder in der Menge während der Periode gibt? Wie und wann?

Menopause: Gibt es Beschwerden in den Wechseljahren?

Haben Sie irgendwie das Gefühl, als ob bei Ihnen die Organe nach unten drücken?

Ausfluss: Haben Sie irgendwelchen Ausfluss? Art, Farbe, Konsistenz und Geruch beschreiben.

Wann und unter welchen Umständen hat dieser mehr oder weniger irgendeine Beziehung zur Menses?

Welchen Effekt hat dieser Ausfluss auf Ihr allgemeines Gefühl? Oder auf eines Ihrer Symptome?

Haben Sie irgendein Jucken, ein Wund sein usw., in Folge des Ausflusses?

Kommt es vor, dass Ihnen Luft aus der Scheide abgeht?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden mit den Brüsten?

Geist und Gemüt

Sind Sie ängstlich? Was macht Ihnen Angst?

Haben Sie Furcht vor irgendetwas (z.B. vor Tieren, Menschen, Alleinsein, Dunkelheit, Gewitter, Tod, Krankheiten, Räubern, vor der Zukunft, vor dem Unbekannten, vor Höhen)?

Sind Sie voller Zweifel oder misstrauisch? Wobei?

Sind Sie wegen irgendetwas eifersüchtig? Auf wen?

An welchen Symptomen leiden Sie, wenn Sie eifersüchtig sind?

Bei welchen Gelegenheiten sind Sie ungeduldig? In Eile?

Wie lange erinnern Sie sich an Beleidigungen, die Ihnen von anderen angetan wurden? Haben Sie Rachegefühle?

Worüber sind Sie stolz?

Wodurch wird Ihr Stolz leicht verletzt?

Sind Sie schwermütig? Grübeln Sie vor sich hin? Usw.

Werden Sie zu einer Zeit von ungewünschten Gedanken heimgesucht? Von was für welchen?

Haben Sie irgendwelche eingebildeten Gefühle oder Ängste?

Hören Sie Stimmen? Oder werden Sie gerufen?

Wie ist Ihr Gedächtnis? Wofür haben Sie ein schlechtes Gedächtnis (z.B. Namen, Gelesenes, Gesichter)?

Weinen Sie leicht? Was bringt Sie zum Weinen? Wie fühlen Sie sich nach dem Weinen?

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie jemand tröstet oder bemitleidet?

Sind Sie leicht gereizt?

Was macht sie ärgerlich?

Welche körperlichen Symptome entwickeln Sie, wenn Sie Zorn haben?

Lieben Sie Gesellschaft? Oder bleiben Sie lieber alleine?

Wie schlimm werden Sie durch Unordnung oder Unsauberkeit in Ihrer Umgebung berührt?

Welches sind die größten Kümernisse, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Welches sind die größten Freuden, die Sie in Ihrem Leben erlebt haben?

Gibt es Dinge, Tätigkeiten oder Verhaltensweisen, die Sie als eine Art Zwang immer wieder tun müssen?

Welche Beschäftigungen haben Sie wirklich gerne? Welche Sachen mögen Sie überhaupt nicht?

Nach Ihrer Ansicht: Welche Ansichten und welche Launen passen eigentlich nicht zu Ihnen? Können Sie diese ändern?

Wie beurteilen Sie Ihre Vergangenheit?

Auf einer Skala von 1-10, wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beurteilen?

Wie sieht die Zukunft für Sie aus?

Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich unglücklich über irgendwelche persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen, sozialen oder anderen Verhältnissen?

Dinge, die Wirkungen auf Sie haben

Faktor	Wirkung	Faktor	Wirkung
Heißes Wetter		Nach dem Essen	
Kaltes Wetter		Trinken	
Regenwetter		Berührung	
Wolkenwetter		Druck	
Jahreszeitenwechsel		Massage	
Gewitter		Enge Kleidung	
Bedeckung		Vor dem Stuhl	
Warmes Bad		Während des Stuhls	
Sonne		Nach dem Stuhl	
Kaltes Bad		Husten	
Gehen		Niesen	
Rennen		Lachen	
Treppenaufgehen		Reden	
Treppenabgehen		Lesen	
Bus-/Autofahren		Schreiben	
Liegen		Bücken	
Liegen: auf Rücken		Vor einem wichtigen Ereignis	
Liegen: linke Seite		Vor einem Examen	
Liegen: rechte Seite		Wenn wütend	
Liegen: auf Bauch		Wenn traurig	
Liegen: Kopf niedrig		Nach dem Weinen	
Sitzen		Trösten/Mitleid	
Sitzen aufrecht		In einer Menge	
Stehen		In geschlossenen Räumen	
Stehen nach oben		Offener Platz	
Stehen nach unten		Vor dem Schlaf	
Herabsehen von hochgelegenen Plätzen		Während des Schlafes	
Sehen auf sich bewegende Dinge		Nach dem Mittagsschlaf	
Geräusch/Lärm		Nach dem Schlaf	
Plötzl. Geräusch		Schlafmangel	
Musik		Staub	
Licht		Rauch	
Starke Gerüche		Beim Denken an Krankheit	
Wenn verstopft		Voll-/Neumond	
Vor dem Urinieren		Morgens	
Während Urinieren		Nachmittags	
Nach dem Urinieren		Abends	
Vor der Menses		Nachts	
Während d. Menses		Baden	
Nach der Menses		Zugluft	
Nach d. Schwitzen		Beißen/Kauen	
Wenn hungrig		Nase schnäuzen	

Beim Alleinsein		Schlucken	
In Gesellschaft		Gähnen	
Nach Geschlechtsverkehr		Beim Zuhören, wenn andere sprechen	
Körperl. Anstrengung		Erbrechen	
Rülpsen		Nach Überessen	
Windabgang		Nach nassen Füßen	
Nach dem Haarschneiden		Hängenlassen der Gliedmaßen	
Haarkämmen		Zufächeln	
Zähneputzen		Nach Arbeiten im Wasser	
Mondlicht		Strecken	
Beim Öffnen des Mundes		Bei Bewegung der Augen	
Rauchen		Bei Öffnung der Augen	
Hängenlassen der Gliedmaßen		Bei Schließung der Augen	
Erheben der Arme		Rasieren	
An der See			

Suchtanamnese

Liegen eine der folgenden Abhängigkeiten vor:

<input type="checkbox"/> Nikotin/Rauchen	<input type="checkbox"/> Sexsucht
<input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Medikamentenabhängigkeit
<input type="checkbox"/> Anorexie	<input type="checkbox"/> Eifersucht
<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Koffein
<input type="checkbox"/> Bulimie	<input type="checkbox"/> andere

Selbstschädigendes Verhalten

Haben Sie schon ernsthafte Selbstmordabsichten gehabt? Wann und wie häufig?

Unter welchen Umständen oder Faktoren traten diese auf?

Haben Sie schon Selbstmordversuche gemacht? Wann, wie viele?

Haben Sie sich schon einmal selbst Verletzungen zugefügt? Welche? Wann? Wie oft?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ANAMNETISCHEN ERHEBUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die abgedruckten Informationen habe ich gelesen und verstanden.

Datum

Unterschrift des Therapeuten

Unterschrift des Patienten