

Anamnesebogen

Name, Vorname

Adresse

PLZ und Ort:

Tel:

Handy:

Email-Adresse:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Ausgeübter Beruf:

Größe:

Frühere Berufe:

Versicherung:

Kasse:

Privat:

Beihilfe

Bitte legen Sie 2 aktuelle Bilder (Portrait und Ganzkörper) mit dazu, oder senden Sie die Bilder per Email an Rita.Pfeiffer@t-online.de

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen aus. Wenn mehrere Antworten möglich sind, umkreisen Sie diese oder kreuzen sie an. Geben Sie bitte ausführliche Antworten:

Unter welchen Beschwerden leiden Sie zurzeit?

Geben Sie den Zeitraum und die Stärke der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an. Ordnen Sie Ihre Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

- | | | |
|-------|-------|-------------|
| 1. | seit: | Intensität: |
| | | |
| 2. | seit: | Intensität: |
| | | |
| 3. | seit: | Intensität: |
| | | |
| 4. | seit: | Intensität: |
| | | |
| 5. | seit: | Intensität: |
| | | |

War im zeitlichen Zusammenhang mit Ihren jetzigen Beschwerden

- Krankheit Kummer Trauer Schock Unfall Operation
 Sonstiges.....

Wie begannen Ihre Beschwerden?

- Langsamer, schleichender Beginn
 Plötzlicher Beginn

Was haben Sie bisher dagegen unternommen? Legen Sie bitte Befunde, Arztberichte usw. in Kopie bei!

Wie war der bisherige Erfolg?

- gut zufriedenstellend schlecht

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden eingenommen? Name und Dosierung!

Welche Medikamente werden regelmäßig genommen?

(Antihypertonika, β -Blocker, Statine, Potenzmittel, Antidepressive, Antibiotika, Schmerzmittel usw.)

Hatten Sie in der Vergangenheit oder vor kurzem Infektionskrankheiten?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (Mononukleose) | <input type="checkbox"/> Windpocken | |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalie | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Dreitagesfieber | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> ständig wiederkehrende Infekte..... | |

Sonstiges:.....

Wurden Erkrankungen mit Antibiotika behandelt?

Nein

Ja

Wann das letzte Mal?

Welche Impfungen haben Sie? Wann wurden Sie zum letzten Mal geimpft?

Datum und Impfstoff:

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

Nein

Ja, folgende.....

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?

Krebs Tuberkulose Allergien Neurodermitis

Epilepsie Depressionen Diabetes Asthma

MS Rheuma Gicht Bluthochdruck

Herzerkrankungen

Andere.....

Leide Ihre Mutter unter ähnlichen Symptomen wie Sie?

Nein

Ja

Leiden Sie nach einer nach ganz normaler Anstrengung an einer erhebliche körperliche Erschöpfung, die das „normale“ Maß weit übertrifft?

Nein

Wenn Ja, schildern Sie diese Beschwerden!

Haben Sie Muskel- und/oder Gelenkschmerzen ohne Schwellung und Rötung?

Nein

Ja – Beschreiben Sie bitte diese Schmerzen

Leiden Sie unter Schlafstörungen oder übersteigertem Schlafbedürfnis?

Nein

Ja

Wenn ja, wie äußern sich diese?

Leiden Sie unter häufigen Infekten, „Frösteln“, unklare Fieberschübe?

Nein

Ja

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden!

Gemüt und Emotionen

Leiden Sie unter depressiven Verstimmungen und Gefühlsschwankungen?

Nein

Ja

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden!

Leiden Sie unter Angst und Panikattacken?

Nein

Ja

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden!

Leiden Sie unter Vergesslichkeit und/oder Konzentrationsprobleme?

Nein

Ja

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden!

Leiden Sie unter Reizbarkeit, Ungeduld?

Nein

Ja

Wenn ja, wie äußert sie sich!

Können Sie NEIN sagen?

Nein

Ja

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend?

Nein

Ja

Haben Sie Beziehungsprobleme?

Nein

JA

Haben Sie Schuldgefühle?

Nein

Ja

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich`

normal belastbar

eingeschränkt belastbar

gar nicht belastbar

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

Nein

Ja

Wie ist die Atmosphäre am Arbeitsplatz?

Negativ

Angst um die Stelle oder Position

Mobbing

Positiv

Viele Überstunden

Wie ist Ihre familiäre Situation:

- Erkrankungen in der Familie
- Sorgen wegen der Kinder
- Finanzielle Engpässe
- Sonstiges.....

Wie würden Sie Ihre Persönlichkeitsstruktur zuordnen?

- Ich neige eher zum Perfektionismus
- Ich bin sehr ehrgeizig
- Möchte immer Allen alles Recht machen
- Ich bin immer für andere da
- Ich fühle mich oft ausgenutzt
- Ich bin geduldig
- Schnell nervös und aufgeregt
- Ich fühle mich häufig überfordert
- Ich möchte am liebsten meine Ruhe haben
- Ich fühle mich müde und erschöpft
- Ich fühle mich leistungsfähig
- Es gab schon Auffälligkeiten in meiner Kindheit und Jugend

Und zwar folgende: (sollte der Platz nicht ausreichen, legen Sie ein Blatt dazu)

Flucht in Fernsehen im Übermaß, PC-Spiele usw.

Nein

Ja

Rückzug aus dem Freundes- und Verwandtenkreis

Nein

JA

Beobachten Sie resignative Denkmuster?

Ja

Nein

Kopf

Sind Ihre Augen stark lichtempfindlich oder haben Sie Ausfälle des Gesichtsfeldes?

Nein

Ja

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?

häufig

doppelseitig

selten

Stirn und Augenbereich

nie

Hinterkopf und Nacken

halbseitig

rechts

links

wandernd

von re. nach li.

von li. nach re.

Was bessert?

Was verschlimmert?

Zähne und Kieferregion

- Zahnoperationen Tote Zähne Wurzelbehandelte Zähne
Wieviele? Implantate
- Ich trage eine Aufbissschiene

Wurden Amalganfüllungen entfernt? Wenn ja, wann.....

- ja, ohne Ausleitung nein ja, mit Ausleitung.....

Vorhandenes Zahnfüllmaterial (Kronen, Brücken, Implantate usw.)

- Amalgan
- Kunststoff
- Titan
- Zirkon
- Keramik
- Gold
- Palladium
- Keramik

Nase und Kieferhöhlen

- Allergien, auf.....

- Heuschnupfen Verstopfte Nase behinderte Nasenatmung
- Nebenhöhlenentzündungen, häufige

Haare

- Haarausfall kreisrund vereinzelt

Seit.....

Ohren

- Mittelohrentzündungen Tinnitus Schwerhörigkeit

Augen

- Brille kurzsichtig weitsichtig

Seit.....

Schilddrüse

- normal Überfunktion Unterfunktion
- Morbus Hashimoto Knoten Operationen

Wenn ja, seit wann und welche Operationen.?

Sexualorgane

Männer

Leiden Sie unter Potenz- oder Erektionsproblemen?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welcher Art?

Was haben Sie bisher dagegen unternommen?

Leiden Sie unter Prostata Beschwerden?

Nein

Ja

Wenn ja, welcher Art?

Was haben Sie bisher dagegen unternommen?

Leiden Sie unter Libido Verlust?

Nein

Ja

Wenn ja, welcher Art?

Was haben Sie bisher dagegen unternommen?

Leiden Sie unter vorzeitigem Samenabgang?

Nein

Ja

Haben Sie Schmerzen nach dem Koitus?

Nein

Ja

Wenn ja, welcher Art?

Frauen

Haben Sie noch eine regelmäßige Menstruation?

Nein

Ja

Wie viele Tage hat Ihr Zyklus (Zeitraum zwischen 1. Blutungstag bis zum nächsten 1. Blutungstag)?

Wie lange ist Ihre Menstruation?

Bitte beschreiben Sie Ihre Blutung:

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden vor dem Einsetzen der Blutung?

Nein

Ja

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese?

Was haben Sie bisher dagegen unternommen?

Wie verhüten Sie?

Welche Verhütung Mittel haben Sie früher angewendet?

Welche Hormone haben Sie bisher eingenommen!

Wann war Ihre letzte Periode?

Allgemeines

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Hatten Sie ein HWS-Schleudertrauma?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Beschwerden sind zurückgeblieben?

Leiden Sie unter Herzklopfen, Herzjagen oder Schwindel?

Nein

Ja

Wenn ja, schildern Sie bitte wann, wie lange und wie sich die Beschwerden äußern

Ernährung

Leiden Sie unter Nahrungsunverträglichkeiten oder einem Reizdarm?

Nein

Ja

Glutenunverträglichkeit

Laktoseunverträglichkeit

Leaky Gut Syndrom

Sonstiges:.....

Welche Beschwerden haben Sie?

Leiden Sie unter Sodbrennen, saurem Aufstoßen oder Übelkeit?

Nein

Ja

Wie genau laufen diese Beschwerden ab?

Welche Nahrungsmittel essen Sie täglich oder mehrmals pro Woche?

Brot und Kohlehydrate Milchprodukte Fleisch

Zucker Kuchen Wurst

Nüsse Obst Gemüse

Konserven Fast Food Fertigprodukte

Biokost Vollwertkost Vegetarier

Sonstiges:.....

Trinken Sie Leitungswasser?

Ja

Nein

Filtern Sie Ihr Wasser?

(Kein Brittafilter – dieser entkalkt nur!)

Ja

○ Filtertyp/Name

Nein

Trinken Sie regelmäßig Flaschenwasser aus Plastikflaschen?

Ja

Nein

Essen Sie regelmäßig 3 Mahlzeiten am Tag?

Ja

Nein

Liegen zwischen diesen Mahlzeiten 4-5 Stunden Zeit?

Ja

Nein

Essen Sie 5 Portionen (pro Portion ca. 150-200g) frisches Obst und frisches, rohes Gemüse am Tag?

Ja

Nein

Haben Sie häufig Verlagen auf Süßes und Süßigkeiten

Ja

Nein

Leiden Sie unter Heißhungerattacken

Ja

Wann?.....

Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzung ein:

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

Mineralstoffkomplexe

Vitaminkomplexe

Omega 3

Coenzym Q10

Einzelne Vitaminpräparate (nur Vit. C., nur Vit. E u.a.)

Einzelpräparate Mineralstoffe (nur Magnesium, nur Calcium, nur Zink)

Ich nehme diese Produkte:

Regelmäßig

Unregelmäßig

Gar nichts

Von welcher Firma beziehen Sie diese Produkte?

Alkohol-Nikotinkonsum?

Ja

Wenn ja, wie viel, wie häufig?.....

Nein

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Unterstützung zu verändern?

Nein

Ja

Arbeitsplatz und Wohnverhältnisse

Wie sehen die Wohnverhältnisse aus?

Gab es Schimmelprobleme

Ja

Nein

Wurden nachfolgende Stoffe beim Bau oder der Renovierung benutzt?

Holzschutzmittel

Spanplatten

Lindan/Xylamol

Zweikomponentenkleber

In welchem Rahmen sind Sie E-Smog ausgesetzt?

Antenne in unmittelbarer Nähe

Hochspannungsmast direkt über oder neben der Wohnung

DECT

WLAN

Bluetooth

Handy

SUV (Geländewagen)

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnurloses Telefon Internet elektr. Geräte

Radiowecker elektr. höhenverstellbares Bett

Wasserbett Federkernmatratze Schaumstoffmatratze

Naturkautschukmatratze Stahlbettrahmen Holzbettrahmen

Wie sind die Arbeitsplatzbedingungen? Bitte ankreuzen was zutrifft:

Giftstoffe

Starke Elektrogeräte

Großraumbüro

Laserdrucker direkt am Arbeitsplatz

Extrem lauter Arbeitsplatz

Schichtdienst

Nachtdienst

Viel mit dem Flugzeug unterwegs

Außendienstler und viel auf der Autobahn

Callcenter

Sonstiges.....

Benutzen Sie regelmäßig Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlingsvernichtungsmitteln, Reinigungschemikalien, Klebstoffen, Lacken etc. zu tun?

Ja

Nein

Verwenden Sie:

Weichspüler

Deos mit Aluminium

Nagellack und Nagellackentferne

Wieviel sind Sie bereit in Ihre Gesundheit zu investieren? Nennen Sie eine monatliche Summe, sowie eine Stundenzahl!

Summe.....

Stunden.....

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden streng vertraulich von mir behandelt.

Legen Sie außerdem vorhandene Befunde und Arztberichte oder Entlassungsberichte in kopierter Form bei.

Bitte denken Sie daran, das beiliegende Infoblatt „Vereinbarung“ unterschrieben mit beizufügen!

Herzlichen Dank!



HP, Rita Pfeiffer