



## Erstanamnese – Fragebogen

Name .....  
Vorname .....  
Geburtsdatum .....  
Straße .....  
PLZ, Ort .....  
Telefon privat .....  
Telefon beruflich .....  
E-Mail .....  
Beruf .....  
Familienstand, Kinder .....  
Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe) .....

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. **Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen**, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte lassen Sie sich genug Zeit hierfür.

1

**Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis, was ist Ihr persönliches Ziel?**

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

**Wann sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten?**

.....

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Zeckenstiche, Sonstiges: .....

**Welche Vorbehandlung haben bezüglich dieser Beschwerden bereits stattgefunden? Wo bzw. von wem wurden Sie behandelt? Wann war diese Behandlung?**

.....  
.....

Wann wurden Sie zuletzt mit Antibiotika behandelt? Was war der Grund für diese Behandlung?  
 .....

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)**

**bekannt?** z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Welche Impfungen / Auffrischungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, ...  
 .....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeifferisches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose

2

Gibt es Allergien (sofern bekannt)?

Pollen (welche Jahreszeit?) ...  
 .....

Nahrungsmittel ...  
 .....

Sonstige ...  
 .....

**Allgemeines**

**Mein aktuelles Körpergewicht** .....

**Meine Körpergröße** .....

**Mein Blutdruck** .....

**Trinken Sie Alkohol?** .....

**Rauchen Sie?** .....

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsvorgaben?** .....

**Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?** .....

**Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?** .....

**Schlaf**

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit: .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähnekreisen

### **Kopf**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Falls ja:

Häufig, selten

Stirnregion, Augenregion, Schläfenregion, Hinterhauptregion

morgens, abends

halbseitig links, halbseitig rechts, doppelseitig

### **Haare**

Haarausfall: kreisrund / vereinzelt, seit wann .....

### **Augen**

Bindehautzündung, kurzsichtig / weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, usw.

### **Ohren**

links / rechts: Tinnitus seit ....., Schwerhörigkeit seit ....., andere .....

### **Zähne / Kiefer**

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? .....

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? .....

Zahnfüllmaterialien: Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik

### **Nase**

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

### **Mandeln**

Operation, häufig Mandelentzündung als Kind / heute

### **Schilddrüse**

Überfunktion / Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

### **Brust und Bauch**

#### **Herz**

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

#### **Lunge**

Bronchitis, häufig Husten

Praxis Sibylle Kast | Boschstraße 1, 84144 Geisenhausen | Tel. [0176 / 9675 - 6767](tel:017696756767) |

Impressum | Datenschutz | Cookie-Einstellungen | AGB | EU-ODR

Heilpraktikerin (Erlaubnis 2014) | Berufshaftpflicht: Continentale, Dortmund (Gültigkeit DE)

Hinweis: Naturheilkundliche Verfahren ersetzen nicht die ärztliche Behandlung. Keine Heilversprechen.

**Leber**

Entzündung, Hepatitis

**Galle**

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen**

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien .....

**Darm**

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Geruch

.....

**Stuhlgang**

täglich, jeden 2. / 3. / 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach .....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall

Konsistenz: schnittfest hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig

Stuhl: hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden,

Stuhlgang wechselhaft, usw.

**4****Rücken, Arme, Beine, Haut****Arme**

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.

**Beine**

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

**Rücken**

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

**Haut / Nägel**

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel,

Nagelbettentzündungen

**Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**

wenn ja (auch kleine), bitte unbedingt beim Besuch zeigen

.....

## Unterleib

### **Niere / Blase**

Nierensteine, Entzündungen – häufig

### **Harn**

viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach ...

### **Frau: Gynäkologie**

Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, usw.

### **Frau: Menses**

Beschwerden vor / nach / während der Regel, welche: ...

Klimakterische Beschwerden: ...

### **Mann: Prostata**

vergrößert, Entzündungen gehabt / aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

## 5

## Schmerzfragen

### **Wo treten Schmerzen auf?**

.....  
.....

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = schwach, 5 = mittel, 10 = sehr stark)

### **Seit wann haben Sie diese Schmerzen?**

.....

### **Gab es ein auslösendes Ereignis?**

.....

### **Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

### **Wie ist das Schmerzempfinden?**

ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit ..., Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges ...

.....

**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

.....

**Andere Symptome zum Schmerz**

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

.....

**Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?**

.....

**6 Chronologie der Krankengeschichte**

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

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

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein (auch Nahrungsergänzungsmittel angeben)?  
 Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

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

Sonstiges

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