



Steilshooper Straße 178,
22305 Hamburg
040 - 30852533

kontakt@heilpraxis-goette.de
www.heilpraxis-goette.de

Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____

Wer hat meine Praxis empfohlen? _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für die Behandlung nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen können Sie Zutreffendes unterstreichen und auch gerne noch ergänzende Worte zu den einzelnen Punkten, zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen und den Behandlungsvertrag
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen
- Ein Foto

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern diese sich)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, usw.)

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche? (Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit)

Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika und/oder Cortison eingenommen? (Wenn ja, warum?)

Nein

Ja

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Gefäßkrankheiten, Allergien, Krebs, Übergewicht, Zuckerkrankheiten, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht, usw.)

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit)

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? (z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, usw.)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.)

Gibt es Allergien? (Wenn ja, welche?)

Nein

Ja

Kopf (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, usw.)

Augen (z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, usw.)

Nase (Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw.)

Ohren (z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.)

Mund (z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.)

Zähne (z.B. Zahnbeschwerden, Amalganfüllungen, tote Zähne, Kunststoffe, Gold, Keramik, usw.)

Hals (z.B. Mandelentzündung, Mandel-OP, usw.)

Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck-/Kloßgefühl, usw.)

Lunge (z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.)

Herz (z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.)

Leber – Galle (z.B. Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Fettverträglichkeit, usw.)

Bewegungsapparat (z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenkbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.)

Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, usw.)

Magen-Darm-Trakt (z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfungen, Durchfall, Hämorrhoiden, usw.)

Stuhlgang (z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft, usw.)

Tägl: jeden_____Tag

Urogenitaltrakt (z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.)

Urin (wenig/viel/oft/Geruch/Farbe, usw.)

Gynäkologie (z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, usw.)

Menses (z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Regelblutungen, wann war die erste Regelblutung_____, wann war die letzte Regelblutung_____?)

Sexualität (z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Verkehr, usw.)

Wie verhüten Sie?

Prostata (z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen, usw.)

Haut (z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, usw.)

Haare (z.B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, usw.)

Nägel (z.B. fleckig, spröde, gerillt, weisse Flecken, usw.)

Schlaf (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, usw.)

Schlaflage (z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.)

Appetit (z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.)

Nahrungsmittelverlangen (z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränken, Lebensmitteln, usw.)

Nahrungsmittelabneigung (z.B. gegen Süßes, Saures, Salziges, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)

Durst (z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes, usw.)

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? Wie oft?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Geschmack im Mund (z.B. süß, Sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, usw.)

Schweiß (z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen, usw.)

Temperaturempfinden (z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.)

Stimmung (z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.)

Temperament (z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, optimistisch, pessimistisch, friedlich, aufbrausend, empfindsam, willensstark....usw.)

Geselligkeit (mögen Sie es z.B. lieber einsam oder gesellig; haben Sie viele enge Freunde oder eher wenige, usw.)

Gibt es Ängste oder emotionale Themen die sie im Alltag regelmäßig begleiten?

Was tun Sie gerne in Ihrer Freizeit?