

Jürgen Hohmann

Heilpraktiker

Am Birkenhof 9

35745 Herborn

info@heilpraktiker-hohmann.de

www.heilpraktiker-hohmann.de

Tel.: 02772 / 582 45 82

Anamnesebogen

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel. Privat _____

Tel. geschäftl. _____

Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Familienstand/Kinder _____

Beruf _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese Zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Welche Beschwerden oder Erkrankung sind / ist Anlass für Ihren Termin?



Jürgen Hohmann · Heilpraktiker · Am Birkenhof 9 · 35745 Herborn

Mitglied im Verband Unabhängiger Heilpraktiker e.V.

Tel.: 02772-582 45 82 · E-Mail: info@heilpraktiker-hohmann.de

Allgemeines

aktuelles Körpergewicht _____

Körpergröße _____

Blutgruppe _____

Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Gelegentlich

Rauchen Sie? Ja Nein Gelegentlich

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schnarchen

Schlafzeit (Uhrzeit angeben)

Schlafen _____ Aufstehen _____ Durchschnittl. Schlafzeit _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Schock, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Sonstige



Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.
z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

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

Gibt es Allergien?

Pollen / wann _____

Nahrungsmittel

Sonstige

Psyche, geistige Verfassung

Fühlen Sie sich überfordert, oft traurig, Antriebslos, lethargisch, emotionslos, Stimmungsschwankungen, depressiv, aggressiv, wollen perfekt sein, jedem alles recht machen, wollen alleine sein, fühlen sich im Stich gelassen, Angst, Panik, meiden Gesellschaft, kann nicht alleine sein, etc.



Schädel

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Wenn ja: häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig
- links - rechts – doppelseitig,
Gab es Operationen, Verletzungen?

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____, Färben, Tönung

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration,
Operationen, Verletzungen, Hornhautverkrümmung, etc.

Ohren

links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne/ Kiefer

Wurde eine Zahnsperre getragen? Ja Nein
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein
Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik
Gab es Kiefergelenkprobleme, Operationen am Kiefer, Zahnwurzelbehandlungen, fehlen
Zähne?

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft,
Polypen

Rachen

Schluckbeschwerden, Entzündungen, Mandeln entfernt Ja Nein
Wann (Jahr)?

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, Operation



Organe, Gastrointestinaltrakt

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, stolpert

Lunge

Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, beschwerte Atmung

Leber

Entzündung – Hepatitis, sind Sie oft müde?

Galle

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____
Helicobacter pylori Befall, Sodbrennen, Schluckauf

Darm

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Divertikel, Polypen, Reizdarm,

Stuhlgang

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig,
riecht nach _____

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: _____

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, bleistiftdünn,
kann Stuhl nicht halten,

Gefühl, nicht komplett entleert zu haben,

Stuhlgang wechselhaft usw.



Skelett-Muskulatur-Gelenke

Hals

Verspannungen, Steifigkeit, Kopfdrehen eingeschränkt (Schulterblick), knirschen, Schluckbeschwerden, Halsentzündungen, Kloß im Hals

Schultern

Verletzungen, Operationen, Sehnenanrisse oder- abrisse, Bewegung schmerzhaft, Muskelabrisse, schlechte Beweglichkeit, Schwellungen

Arme, Hände, Handgelenke, Finger

Verletzungen, Operationen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Golferellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Schwellungen, Sehnscheidenentzündungen, steife Finger, Arthrose, Entzündungen, usw.

Hüfte, Knie, Sprunggelenke, Füße, Zehen

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Missempfindungen, Schwellungen, schwere Beine, Gelenkschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Bänderdehnungen –abrisse, Entzündungen, Arthrose

Wirbelsäule

Verletzungen, Operationen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsschmerzen, Gefühl von Steifigkeit, Wirbelblockaden, wird oft eingerenkt, Probleme beim tiefen Einatmen, Bücken fällt schwer, Aufrichten fällt schwer, Schmerzen vom Sitzen in den Stand, Schmerzen beim Hinsetzen, Schmerzen beim langen Stehen, Schmerzen beim Sitzen, generelle Schmerzen

Haut, Nägel

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Muttermale, Tätowierungen, Piercings, schlecht heilende Wunden, Leberflecken, Pickel, Lipome, fettige Haut, trockene Haut, gebräunte Haut, oft Sonnenbrand, weiße Flecken

Narben

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen (auch kleine)

Nein



Gynäkologie, Urologie

Frau

Ausfluss, Eierstockentzündungen, -verklebungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Infektionen, Gebärmutter entfernt, Gebärmuttersenkung, Geburt normal oder Kaiserschnitt?

Menses

Wann war die erste Menses _____

wann die letzte _____

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche _____

Klimakterische Beschwerden _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel?

Welche _____

Niere/Blase

Nierensteine, Entzündungen, Steine, Grieß, Zysten, Infektionen, Koliken

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____

Gefühl nicht richtig entleert zu haben

Mann

Prostata

vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, PSA-Wert erhöht?

Niere/Blase

Nierensteine, Entzündungen, Steine, Grieß, Zysten, Infektionen, Koliken

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____

Gefühl nicht richtig entleert zu haben

Sexualität (Mann, Frau)

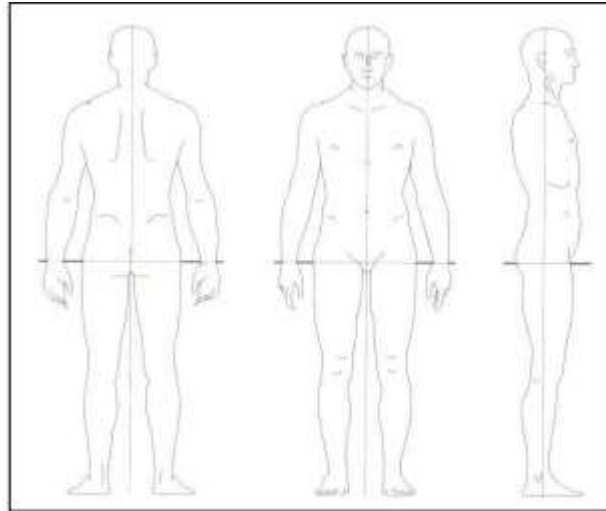
vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr



Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel stark

Seit wann haben Sie die 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, hell, 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 in Begleitung zum Schmerz

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

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Was nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungen, Naturheilmittel (Homöopathika, Salben, Globulis, etc.) hier auf, mit Dosierung, seit wann, wie lange und welcher Arzt oder Heilpraktiker das verordnet hat.



Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen und was Ihnen an Ereignissen wichtig erscheint. Wenn möglich ab Säuglingsalter bis heute.
Nennen Sie am Ende der Aufzählung 50 Gründe, warum Sie gesund werden möchten!

