

Naturheilpraxis Pamela Kraus
Hausener Weg 10, 90587 Veitsbronn-Raindorf
Tel. 09101-906539 info@pamelakraus.de

Anamnesebogen Patienten

Name, Vorname: _____ Geb. _____

Adresse: _____

Email: _____

Tel. _____ Mobil: _____

Privatkasse: 0 ja, wenn welche _____ 0 nein

Zusatzversicherung: 0 ja _____ 0 nein

Um einen Therapieerfolg zu erzielen ist Ihre Mitarbeit sehr wichtig !
Bitte beantworten Sie folgende Fragen ausführlich und wahrheitsgetreu.
Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt
Sollte der Platz für Ihre Anmerkungen nicht reichen, verwenden Sie bitte die Rückseite.
Vielen Dank !

Alter:

Gewicht:

Größe:

Beruf (jetzt / früher):

fam. Stand:

Was ist Ihr Hauptanliegen, unter welchen Beschwerden leiden Sie, seit wann bestehen die Beschwerden ?

1.

2.

3.

4.

5.

Gab es beschwerdefreie Zeiten ?

Gab es evtl. einen nachvollziehbaren Auslöser (z.B. Medikamenteneinnahme, Impfung, OP, starke seelische Belastung etc) ?

Wodurch werden Beschwerden ausgelöst, was verbessert, was verschlimmert die Beschwerden ?

Werden Sie im Alltag beeinträchtigt, wie ?

- hin und wieder
- täglich
- unentwegt

Was haben Sie bisher unternommen ? Welche Therapien haben Sie bisher in Anspruch genommen ? Mit welchem Erfolg ?

Haben sie eine Behandlung konsequent durchgeführt ?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher, zahnärztlicher, physiotherapeutischer oder sonstiger Behandlung ? Wenn ja, seit wann ?

Empfinden Sie sich als anfällig gegenüber Infektionskrankheiten ?

Sind Sie zu Hause oder am Arbeitsplatz mit Schadstoffen konfrontiert ?

- Desinfektionsmitteln
- Baustoffe
- Lösemittel
- Metalle
- Staub
- andere

Sind Sie bereit – falls im Laufe der Therapie nötig – für eine gewisse Zeit bestimmte Nahrungsmittel zu meiden ?

- ja
- nein

Rauchen Sie ?

- ja, wieviel täglich
- nein
- gelegentlich, wie oft

Trinken sie regelmäßig Alkohol ?

- ja, welche Menge ?
- nie
- gelegentlich

Welche Trinkmenge nehmen Sie im Durchschnitt täglich zu sich ?

Was trinken Sie überwiegend (Wasser, Kaffee, Softgetränke mit Süßstoff oder Zucker , Tee, Saft, Alkohol) ?

- bis 500 ml
- bis 1000 ml
- bis 1500 ml
- 2000 ml oder mehr

Wieviel Kaffee, schwarzen Tee trinken Sie durchschnittlich an einem Tag ?

Wie ernähren Sie sich ?

- Vollwertkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Gemischt
- Diäten
- Rohkost

Haben Sie regelmäßig Bewegung ? Treiben Sie aktiv Sport ?

Wenn ja, wie oft, welche Sportart ?

Haben Sie Allergien ? Welche ? Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel oder Medikamente nicht ?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie ?

0 Masern 0 Mumps 0 Röteln 0 Windpocken 0 Keuchhusten 0 Scharlach
0 Tetanus 0 Kinderlähmung 0 Salmonellen 0 Malaria 0 Pfeiffersches Drüsenfieber
0 Borreliose 0 Gonorrhoe 0 Syphilis
0 sonstige

Wurden Sie schon mit Antibiotika / Penicillin behandelt, wie oft ?

Hatten Sie Operationen , wenn ja , was und wann ?

Hatten oder haben Sie Amalgamfüllungen ?

Welche ärztlich verordneten Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ?

Welche Nahrungsergänzung, Homöopathische Mittel nehmen Sie ein ?

Welche Impfungen haben Sie bekommen ?

Welche Behandlungsziele erwarten Sie ?

Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen ?

Nehmen sie Hormone (oder Pille, Hormonspirale) ein, falls ja ,was ?

Haben sie ein gynäkologisches Problem (z.B. starke, schmerzhaft Blutung, Wechseljahresbeschwerden, Myome o.ä.) ?

Wieviele Schwangerschaften – Entbindungen hatten Sie ?

Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch ?

Ich leide an folgenden chronischen Erkrankungen:

Herz(hoher-niedriger Blutdruck

Haut (jucken, Ekzeme, Ausschlag etc)

Kopf (Migräne, Schwerhörigkeit)

Hals (Mandeln, Infekte)

Atmungsorgane (Asthma)

Augen (grauer- grüner Star, Fehlsichtigkeit, Brille)

Rücken (HWS / BWS / LWS)

Schilddrüse (Überfunktion- Unterfunktion – OP – Knoten)

Bauch- Verdauung (Magen- Darm – Blähungen- Leber, Galle – Stuhlgang)

Urogenitaltrakt (Niere- Blase)

Nerven (Depressionen, Nervosität, Ängste, Aggression)

Rheuma, Diabetes

Krebserkrankung

Arthrose, Schlaganfall

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorherigen Angaben.

Datum

Unterschrift

Gesundheit ist unser wichtigstes Gut !