

Anamnese Fragebogen:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Geboren:

Größe:

Gewicht:

Spontanbericht:

Welche Beschwerde belastet Sie am meisten?

Wie lange existieren diese Beschwerden?

Wie haben sie sich im Laufe der Zeit entwickelt?

Was hat sich um den Zeitpunkt herum des Eintretens der Beschwerden besonderes ereignet?

Was hat sich in der darauf folgenden Zeit verändert?

Was belastet Sie an dieser Beschwerde am meisten?

Hintergrundinformationen:

1. Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Pocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Kinderlähmung, Calmette, Röteln, Masern, Serum, Grippe, Zecken, Allergie, Asthma, Tuberkulose...)

2. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Feuchtblattern, Kinderlähmung, Tetanus, Ruhr, Typhus, Paratyphus, Cholera, Malaria, Tropenkrankheiten, Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten...)

3. Welche Infektionskrankheiten gab es in der Familie?

4. (Diathese:)Liegt eine bestimmte körperliche Anlage oder erhöhte Empfänglichkeit für eine Krankheit vor?

5. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Was war der Anlass?

6. Werden Medikamente eingenommen? Welche?

7. Welche Medikamente wurden in der Vergangenheit eingenommen?

Generell wichtig für die vollständige Beantwortung der Fragen:

- Art des Leidens inklusive genauer Symptombeschreibung?
- Lokalisation (Körperteil?, Seite?, ausstrahlend?)
- Unter welchen Umständen (Ort, Klima, Zeit, Licht, Gemütsverfassung, Positionen,...)
- Wie häufig tritt es auf (regelmäßig, periodisch, chronisch, dauernd)?
- Wie lange besteht das Leiden?
- Was hat sich zu dem Zeitpunkt sonst noch im Leben verändert?
- Begleiterscheinungen?
- Modalitäten? (> und < bei Vollmond, best. Zeitangabe, Wetter, Wasser, Luft, Substanzen, Gemütsverfassung, Stress, Ruhe, Position)

- Was wurde bisher dagegen unternommen?
 - Wie wurde damit umgegangen?
-

Allgemeine Körper bezogene Fragen:

8. Die folgenden Fragen dienen dazu, Beschwerden, die nicht zur Hauptbeschwerde gehören zu erfassen:

9. Leiden Sie oder haben Sie einmal unter Kopfschmerzen oder anderen Beschwerden im Kopfbereich gelitten?

10. Bestehen oder bestanden Augenbeschwerden?

11. Bestehen oder bestanden häufig Schwindelgefühle?

12. Leiden oder litten Sie unter häufiger Müdigkeit?

13. Haben Sie schon einmal unter Ohrenscherzen gelitten, oder leiden Sie unter Ohrenscherzen?

14. Bestehen oder bestanden Beschwerden im Nasenbereich?

14. Gab es einmal, oder gibt es Probleme mit den Nebenhöhlen?

16. Sind im Mundraum Beschwerden aufgetreten (Zungenbelag, Herpes, Zähne und Zahnfleischerkrankungen...)?

17. Gab es oder gibt es Probleme mit den Mandeln?

18. Bestehen oder bestanden Beschwerden im Rachenraum?

19. Sind Schilddrüsenbeschwerden bekannt?

20. Sind Lymphknoten bzw. Drüsen geschwollen?
Lokalisation?

21. Haben oder hatten Sie Herzprobleme?

22. Besteht, oder bestand ein niedriger oder erhöhter Blutdruck? (Bitte Wert angeben wenn bekannt.)

23. Bestehen oder bestanden Lungenbeschwerden?

24. Gab oder gibt es Beschwerden mit den Bronchien?

25. Hatten oder haben Sie Probleme mit dem Magen oder dem Darm?

26. Leiden Sie unter Hämorrhoiden, oder haben Sie darunter einmal gelitten?

27. Bestehen oder bestanden Probleme mit der Leber oder der Galle?

28. Sind Ihnen einmal Besonderheiten bezüglich der Beschaffenheit Ihrer Ausscheidungen aufgefallen (Stuhl, Harn, Schweiß)?
29. Gibt es oder gab es einmal eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse?
30. Leiden Sie unter Diabetes? (Wenn ja, bitte den Typ angeben.)
31. Bestehen oder bestanden Nierenprobleme?
32. Gibt oder gab es einmal Probleme mit der Blase?
33. Bestehen oder bestanden Hauterkrankungen?
34. Leiden oder litten Sie unter verstärktem Haarausfall?
35. Gab oder gibt es Auffälligkeiten oder Beschwerden im Bereich Ihrer Nägel?
36. Hatten Sie einmal, oder haben Sie Beschwerden der Muskeln?
37. Liegen oder lagen Gelenkbeschwerden vor?
38. Gab oder gibt es Knochenbeschwerden?
39. Hatten oder haben Sie Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule?
40. Sind Ihnen Nervenschäden oder Beschwerden des Nervensystems bekannt?
41. Bestehen Erkrankungen oder Besonderheiten des Bluts?
42. Gab oder gibt es Erkrankungen der Drüsen?
43. Haben oder hatten Sie Probleme mit den Gefäßen (Venen, Arterien etc.)?
44. Bestehen oder bestanden hormonelle Probleme?
45. Haben oder hatten Sie besondere Zahnprobleme?

Fragen für Männer:

- M 1. Haben oder hatten Sie Probleme mit der Prostata?
- M.2. Hatten oder haben Sie eine Geschlechtskrankheit?
- M 3. Bestehen Probleme mit der Sexualität (Potenz, Erektion, Trieb etc.)?
- M 4. Wurde bei Ihnen einmal Unfruchtbarkeit diagnostiziert?
-

Fragen für Frauen?

- F 1. Haben oder hatten Sie Probleme mit den Eierstöcken?
 - F 2. Bestehen oder bestanden Beschwerden der Gebärmutter?
 - F 3. Gibt es, oder gab es Besonderheiten bezüglich der Periode?
 - F 4. Haben Sie einmal einen veränderten Ausfluss festgestellt?
 - F 5. Haben oder hatten Sie eine Geschlechterkrankung?
 - F 6. Bestehen oder bestanden Auffälligkeiten oder Erkrankungen der Brust?
 - F 7. Bestehen Probleme mit der Sexualität?
 - F 8. Wurde bei Ihnen einmal Unfruchtbarkeit diagnostiziert?
 - F 9. Welche Verhütungsmethode verwenden Sie?
-

Schweigepflicht:

Es versteht sich von selbst, das alles was Sie mir mitteilen, sei es in mündlicher oder schriftlicher Form strengstens vertraulich behandelt wird und alle Personen relevanten Daten absoluter Schweigepflicht unterliegen!

Heilpraktiker Philip Witt
Praxis für Klassische und Innovative Homöopathie
Ottenser Hauptstraße 27
22765 Hamburg