

Anamnese - Fragebogen

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Vorname:

PLZ/ Wohnort:

Telefon:

Email:

Gewicht:

Größe:

Spontanbericht

Welche Beschwerden bestehen?

Wie lange existieren diese Beschwerden?

Wie treten die Beschwerden auf (dauernd, ab und zu, regelmäßig)?

Was hat sich um den Zeitpunkt des Eintretens der Beschwerde herum Besonderes ereignet?

Wie haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit entwickelt?

Was bessert oder verschlechtert die Beschwerden?

z.B. Vollmond, Wetter, Wasser, Luft, Stress, Ruhe, Kälte, Wärme, Gemütsverfassung, best. Tages-/ Nachtzeit etc.

Persönliche Vorgeschichte

Bitte übertragen Sie die festgestellten Ereignisse und Ihre Bemerkungen dazu auf die nächste Seite!

- Welche **Impfungen** haben Sie erhalten? (Pocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Kinderlähmung, Röteln, Masern, Grippe, Zecken, Tuberkulose ...)

- Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie selbst durchgemacht? (Mumps, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Tuberkulose, Ruhr, Malaria, Tropenkrankheiten, Bronchitis, Angina, Geschlechtskrankheiten, Nieren-, Blasen- und Harnröhrenentzündungen ...)

- Gab oder gibt es bei Ihnen noch **weitere Erkrankungen** inkl. Hauterkrankungen? (Krebs, Lymphdrüsenanschwellungen oder -entzündungen, Allergien, Gelbsucht, Medikamentenempfindlichkeit, Asthma, Rheuma, Gicht, Geschwüre, Krampfadern, Ekzeme, Pusteln, Akne, Herpes, Aphten, Flechten, Furunkel, Warzen, Muttermale usw.?)

- Gab es in folgenden Bereichen **schon einmal krankhafte Erscheinungen**? (Kopf, Haare, Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhle, Kiefer, Zähne, Hals, Mandeln, Schilddrüse, Herz, Lunge, Bronchien, Maden, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Milz, Niere, Blase, Harnröhre, Eierstöcke, Gebärmutter, Brüste, Prostata, Muskeln, Gefäße, Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Nägel, Blut, Drüsen, Nerven, Gemüt)?

- Welche **Operationen** wurden bisher durchgeführt? Welche **Unfälle** und **Verletzungen** hatten Sie? (z.B. Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock usw.)

- Werden **Medikamente** eingenommen, wenn ja welche?

- Welche **Medikamente** wurden in der **Vergangenheit** eingenommen?

- Gab es in Ihrer **Kindheit etwas Besonderes**? (z.B. Ernährungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Zahnungsschwierigkeiten, spätes Laufen- oder Sprechenlernen, Würmer, Verstopfung, Durchfall, Ängste, auffällige Träume, auffällige psychische Verhaltensweisen, Nägelkauen, häufig Nasenbluten etc.)

Zeitliche Abfolge Ihrer Krankheiten?

Wann und in welchem Alter traten bei Ihnen welche Krankheiten auf. Bitte beachten Sie die zeitliche Reihenfolge.

Klassische Homöopathie

Lokale Symptomatik

Die folgenden Fragen dienen dazu, Ihre Persönlichkeit und Beschwerden, die nicht zur Hauptbeschwerde gehören, zu erfassen.

Kopf

Besteht Neigung zu Kopfschmerzen? Genaue Lokalisation.

Wie ist der Schmerz? (bohrend, drückend, krampfend, stechend, schneidend, ziehend, klopfend, reißend, brennend ...)

Wann treten die Schmerzen besonders auf? (nachts, tagsüber, Hitze, Sonne, periodisch, plötzlich beginnend oder aufhörend ...)

Was verschlechtert, was verbessert die Kopfschmerzen? (z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, Liegen, Spazieren ...)

Begleiterscheinungen der Kopfschmerzen? (Sehstörungen, Übelkeit ...)

Neigen Sie zu Schwindel? (begleitet von Drehen, Taumeln, Neigung zum Fallen, Übelkeit, Sehstörungen, Ohnmacht, Benommenheit, Schwäche ...)

Sind Kopfhaut und Haare (Farbe, Glanz, matt, spröde, zerzaust, fettig, grau, gespalten) in auffallender Weise verändert?

Augen

Besteht Neigung zu Entzündungen der Augenbindehaut, der Lider, der Lidränder?

Neigung zu Gerstenkörnern, Ausschlägen, Tränenfluss (mild oder scharf), zum Jucken und zu Trockenheit der Augen?

Neigung zu Augenschmerzen? Wie ist die Schmerzempfindung, wann und aus welchem Anlass treten diese Erscheinungen auf?

Neigen Sie zu Sehstörungen, wann und in welcher Weise?

Sind Sie Lichtscheu?

Wie ist die Sehschärfe (Brille)?

Ohren

Entzündungen, Schmerzen, Absonderungen, Verträglichkeit von Ohringen?

Ohrgeräusche, Hörfähigkeit, auffallende Geräuschempfindlichkeit?

Nase

Besteht eine Schnupfenneigung?

Wie ist die Absonderung (Farbe, Geruch, zäh, wässrig, fadenziehend, mild, scharf ...)?

Haben Sie Heuschnupfen und seit wann?

Ist die Nase im Allgemeinen frei oder öfters verstopft, wann besonders und auf welcher Seite?

Sind auffallende Polypen in der Nase oder eine Scheidewandverkrümmung diagnostiziert?

Besteht häufig Nasenbluten?

Sind besondere Empfindungen festzustellen (Geruchsstörungen, Überempfindlichkeiten z.B. Düfte, Blumen etc. ...)

Gesicht

Haben Sie auffällige Veränderungen in Farbe, Form, Lippen, Kiefer?

Wie ist die Gesichtshaut beschaffen (Trockenheit, Fettigkeit, Ausschläge, Warzen, Flecken, erweiterte Gefäße, Bläschen, Furunkel, Einrisse in den Mundwinkeln ...)?

Besteht Neigung zu Schwellungen oder zum Schwitzen (warm, kalt) im Gesicht?

Mund

Ist der Geschmack des Speichels verändert, wie und evtl. wann?

Neigen Sie zu Mundgeruch?

Bemerken Sie einen vermehrten Speichelfluss, wann und bei welcher Gelegenheit?

Besteht auffällige Mundtrockenheit?

Zähne

Gibt es Verfärbungen, Füllungen, Karies?

Wurden Zahnstellungen korrigiert (wie?), Zähne entfernt, Wurzelfüllungen durchgeführt?

Haben Sie Kronen, Brücken, Stiftzähne, Implantate?

Zunge

Belag, Farbe, seitliche Eindrücke, Zysten, Risse, Landkartenzunge?

Haben Sie Sprachschwierigkeiten?

Lippen

Trocken, rissig, Jucken, Fieberbläschen, eingerissene Mundwinkel, Abblättern?

Hals

Besteht Neigung zu Halsentzündungen, zu Mandelabszessen? Auf welcher Seite besonders? Wodurch ausgelöst?

Bestehen Auffälligkeiten bzw. Veränderungen an Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Stimme, Luftröhre, **Schilddrüse**?

Haben Sie Schmerzen, Schluckschwierigkeiten, Kloßgefühl, Trockenheit, viel Schleim?

Äußerer Hals – Knoten, Flecken, Warzen, Schmerzen, Hautausschlag, Schweiß?

Lunge, Bronchien, Kehlkopf

Tritt öfters **Husten** auf? Zu welche Zeit des Tages oder der Nacht ganz speziell? Wodurch verursacht, was bessert oder verschlechtert den Husten? Treten Schmerzen begleitend auf –wo/wie? Sind Begleiterscheinungen vorhanden z.B. Kopfschmerz, Schweiß, Abgang von Urin etc. ...?

Haben Sie öfters Auswurf (reichlich, spärlich, schwer abzu husten, zäh, schaumig, schleimig ...)? Besteht Bedürfnis zum Räuspern?

Farbe und Geschmack des Auswurfs?

Bestehen Atembeschwerden oder Atemnot, evtl. **Asthma**? Wann, wodurch ausgelöst, besser oder schlechter durch (z.B. Wärme, Kälte, Gehen, Liegen, Sitzen, Haltung ...)?

Neigung zu Atemaussetzer, zum Schnarchen, zum tiefen Atmen mit dem Gefühl des Nichtdurchatmenkönnens?

Raucher? Seit wann?

Herz/ Kreislauf

Haben Sie öfters Herzschmerzen? Wie ist die Schmerzausstrahlung?

Neigung zu Herzklopfen, lautes und schnelles Pulsieren, Herzrasen, Stolpern?

Wie sind die Beschwerden in Ruhe, bei Bewegung, Anstrengung, Aufregung? Sind diese abhängig von einer bestimmten Lage oder Körperhaltung, vom Wetter etc. ...?

Herzfehler, Erkrankungen der Herzklappen, Angina pectoris, Gefühl von Beengung, Druck, Stechen am Herz?

Zu niedriger/ hoher Blutdruck, Arterienverkalkung, Venenprobleme, Lymphstauung?

Brust

Knoten, Krebs, Entzündungen, Schwellungen oder Schmerzen vor der Regel, Zysten, Ziehen in der Brust?

Probleme in der Stillzeit, Milchstauungen, Milchfluss zu groß oder zu klein?

Magen

Ist der Appetit: normal, schlecht, fehlt, gut, übertrieben oder gibt es anfallsweisen Heißhunger?

Schleimhautentzündungen, Geschwüre, empfindlicher Magen, Nahrungsmittelvergiftungen?

Magenschmerzen, Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen?

Speisen

Besteht ein ausgesprochenes Verlangen, Abneigung oder gar eine Unverträglichkeit oder Allergie gegen Nahrungsmittel?
Wenn ja, seit wann?

Ergänzen Sie u.g. Nahrungsmittel nach folgenden Gesichtspunkten: **Verlangen (V), Abneigung (A), Unverträglichkeit (X)**

Bier	Wein	Milch
Kaffee	kalte Getränke	warme Getränke
Brot	Butter	fette Speisen
Fisch	Eier	Eis
Käse	Karotten	Kartoffeln
Kohl	Kuchen	Obst
Salate	Fleisch	Geräuchertes
Gemüse	Nüsse	gut Gewürztes
Suppen	Teigwaren	Tabak
Zwiebeln	Speck	Fleischbrühe
Gebäck		

Sonstiges:

warme Speisen

kalte Speisen

Scharfes

Salziges

Saures

Süßes

Durst

Allgemein normal, groß, wenig, fehlt?

Durst auf warme, heiße oder kalte Getränke?

Besonderen Durst auf Milch, Kaffee, Tee, Wasser, Wein, Bier, Alkohol? Wenn ja, zu welchen Tageszeiten?

Bauchbeschwerden

Gibt es Beschwerden im Bereich Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Milz ...?

Diabetes diagnostiziert, Blinddarm operiert, Geschwüre, Entzündungen, Nabelbruch, Leistenbruch ...?

Stuhlgang

Auffälligkeiten in Menge, Häufigkeit, Farbe, Beschaffenheit?

Schmerzen beim Stuhlgang oder Blut im Stuhl?

Hat es einmal lange Zeit Durchfall oder Verstopfung gegeben?

Wurden Abführmittel genommen?

After und Rektum

Hämorrhoiden, Fissuren, Fisteln, Eiterungen, Juckreiz, Würmer, Parasiten, Pilze?

Niere, Blase

Schmerzen beim Urinieren, unwillkürlicher Harnabgang, zu häufiger Harndrang, Blasen- Nierenentzündungen, Blasen- Nierensteine ...?

Extremitäten und Gliedmaßen

Gliederschmerzen, wann und wo; Auffälliges an Knochen, Muskeln, Sehnen, Nägeln?

Ameisenlaufen, Zittern, Fehlempfindungen, Krämpfe, Zuckungen, Taubheit, Einschlafen von Gliedern, Kribbeln, Lähmungen
Schmerzen an Extremitäten und Gliedmaßen: Art des Schmerzes, Erstreckung und Empfindung der Schmerzen?

Welche Gelenke sind betroffen?

... Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Finger, Hüfte, Knie, Fußgelenk, Zehen, Nacken, Kiefergelenk

Gicht, Rheuma, Arthritis, Arthrose?

Rücken

Rückenschmerzen, Verkrümmungen, Bandscheibenvorfall, Schleudertrauma, Unfälle, Verletzungen ...?

Allgemeine Symptomatik

Wie ist Ihr Wärmeempfinden? Ist Ihnen schnell zu kalt oder zu warm? Gibt es Körperteile die besonders heiß/ Kalt sind?

Wie viel schwitzen Sie? Gibt es Körperteile an denen Sie besonders viel schwitzen?
Hinterlässt der Schweiß Flecken in der Kleidung? Farbe, Geruch?

Bei Frauen: Gibt es Probleme mit der Regel? Treten Schmerzen dabei auf? Gibt es Beschwerden vor der Regel?
Wie lange dauert die Regel und wie stark ist sie?
Beeinflusst Ihre Regel Ihre Stimmung, Ihren Appetit o.ä.?

Stören Sie Gürtel, Krawatten, Rollkrägen oder andere enge Kleidungsstücke?
Gibt es Kleidung die Sie meiden?

Wie ist der Schlaf? Gut, schlecht, kann nicht einschlafen, nicht durchschlafen, regelmäßiges Erwachen zu bestimmter Stunde? Bevorzugen Sie das Fenster offen oder geschlossen, den Raum dunkel oder heller? Wie groß ist Ihr Schlafbedürfnis? Gibt es bestimmte Zeiten zu denen Sie oft müde sind aber nie schlafen können? Ist der Schlaf erholsam? Träumen Sie viel, wenn ja, sind es ängstliche Träume oder angenehme Träume?

Gemütssymptomatik

Bitte geben Sie eine kurze Einschätzung Ihrer Gemütsbeschaffenheit anhand folgender Punkte:

Bei welchen Anlässen werden Sie ärgerlich, zornig, wütend? Geschieht dies leicht?

Reaktion bei Widerspruch, Rechthaberei, Tadel, Kritik?

Verschaffen Sie sich gerne durch Schreien Luft oder fressen Sie Probleme in sich rein?

Gemütsverfassung vor/ in Prüfungen?

Ängste (haben/ gehabt): Dunkelheit, Alleinsein, Krankheit, bestimmte Tiere, Gewitter, Höhenangst, Platzangst, Probleme mit bestimmten Menschen o. a. Ängste?

Neigung zu Selbstvorwürfen, Gewissensbissen, Schuldgefühlen?

Wie ausgeprägt ist der Hang zum Grübeln, zu Schwermut und Niedergeschlagenheit? Aus welchem Anlass?

Kommen Sie mit anderen Menschen gut zurecht, mögen Sie Gesellschaft?

Wohlfühl im kleineren Kreis oder unter vielen Menschen?

Aus welchem Anlass müssen Sie Weinen? Bringt Weinen Erleichterung oder Verschlimmerung?

Mögen Sie Trost?

Gibt es depressive Phasen oder Phasen tiefer Traurigkeit? Aus welchem Anlass?

Neigung zu Unruhe, Nervosität, Hektik, Eile, Ungeduld, Schreckhaftigkeit?

Brauchen Sie eher Ruhe oder Bewegung für ein ausgeglichenes Gemüt?

Was mögen Sie an sich selbst?

Welche Eigenschaften mögen Sie an anderen?

Welche Eigenschaften mögen Sie an anderen gar nicht?

Wie schätzen Sie sich hinsichtlich folgender Aspekte selbst ein?

- Pflichtbewusstsein ja/ nein
- Gewissenhaftigkeit ja/ nein
- Neigung zu Perfektionismus ja/ nein
- Emotionen (emotional verschlossen bzw. kontrolliert oder kann Emotionen offen zeigen)
- Erwartungs-/ Leistungsdruck an mich selbst ja/ nein
- Ängste: Fehler zu machen, zu versagen, Belastungen nicht standzuhalten, Erwartungen nicht zu erfüllen
- Leistungsorientiertheit ja/ nein
- Zielstrebigkeit ja/ nein