Praxis Naturheilmedizin
Juditha Vrabl

Heilpraktikerin
Maurerberg 13
82319 Starnberg

Telefon : (08151) 9708616
Telefax : (08151) 9708617
Email : info@naturheilpraxis-jv.de
www.naturheilpraxis-jv.de

Anamnese Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Fragen bitte ankreuzen, sofern eine Antwort zutrifft, ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

Persönliche Daten

Vorname ..... Nachname .....

Ggf. Geburtsname .....

Straße ..... Nr. .....

PLZ ..... Ort .....

Telefon ..... Mobil .....Fax .....

Mail .....

Geburtstag ..... Geburtsort .....

Körpergröße cm ..... Gewicht kg .....

Beruf .....

Krankenversicherung

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Beihilfe

Name der Krankenversicherung .....

Akute, aktuelle Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann ?
Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit

1. ..... Seit: .....
2. ..... Seit: .....
3. ..... Seit: .....
4. ..... Seit: .....
5. ..... Seit: .....
6. ..... Seit: .....
7. ..... Seit: .....

Welche Behandlungen haben Sie bereits gemacht ? **Wie war der Erfolg ?**

	gut	mäßig	keiner
1.	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐
7.	☐	☐	☐

Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?

☐ Eine Erkrankung ☐ Kummer ☐ Trauer ☐ Schreck
☐ Operationen ☐ Hautausschläge

☐ Andere: .....

.....

.....

Akute, aktuelle Beschwerden (Fortsetzung)

Welche Medikamente / Nahrungsmittelergänzungen nehmen Sie zur Zeit ein ?

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....

Chronologische Krankheitsgeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Krankheiten und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie ?

☐ Masern	☐ Mumps	☐ Röteln	☐ Keuchhusten
☐ Windpocken	☐ Scharlach	☐ Tetanus	☐ Kinderlähmun

Hatten Sie Infektionskrankheiten ?

☐ Malaria	☐ Salmonellose	☐ Ruhr	☐ Syphilis
☐ Tuberkulose	☐ Gonorrhö (Tripper)	☐ Tropenkrankheiten	☐ Pfeiffersches Drüsenfieber

Krankheiten in der Familie

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt ?

☐ Krebs, Wer? .....

☐ Tuberkulose, Wer? .....

☐ Demenz, Wer? .....

☐ Alzheimer, Wer? .....

☐ Geschlechtskrankheiten, Wer? .....

☐ Epilepsie, Wer? .....

☐ Herzkrankheiten, Wer? .....

☐ Gefäßerkrankungen, Wer? .....

☐ Schlaganfall, Wer? .....

☐ Asthma, Wer? .....

☐ Rheumatismus, Wer? .....

☐ Zuckerkrankheit, Diabetes, Wer? .....

☐ Steinkrankheiten, Wer? .....

☐ Multiple Sklerose, Wer? .....

☐ Gicht, Wer? .....

☐ Allergien, Wer? .....

☐ Schuppenflechte, Wer? .....

☐ Neurodermitis, Wer? .....

☐ Andere, Wer? .....

.....

Zähne / Kiefer

☐ Wurzelbehandelte Zähne ☐ Tote Zähne

Zahnfüllmaterialien

☐ Amalgam ☐ Gold ☐ Titan ☐ Kunststoff ☐ Keramik ☐ Palladium

Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt ? ☐ Ja ☐ Nein

Stuhlgang

Stuhlgang

☐ täglich ☐ alle 2 Tage ☐ seltener als alle 2 Tage
☐ unregelmäßig ☐ Neigung zu Verstopfung ☐ Neigung zu Durchfall

Wann ? .....

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen ?

☐ Tuberkulose (BCG) ☐ Röteln ☐ Polio (Kinderlähmung) ☐ Cholera
☐ Diphterie ☐ Gelbfieber ☐ Tetanus ☐ Hepatitis
☐ HIB ☐ Pocken ☐ Keuchhusten ☐ Grippe
☐ Masern ☐ Mumps ☐ Zecken

☐ Andere .....

Gab es Reaktionen auf Impfungen ?

☐ Fieber ☐ Krämpfe ☐ Unruhe
☐ Schlaflosigkeit ☐ Verhaltensveränderung

☐ Sonstige .....

Emotionales / Psycho-Somatisches

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich ?

☐ Sehr belastbar ☐ Mäßig belastbar ☐ Gar nicht belastbar ☐ Chronische Müdigkeit

Schwitzen Sie leicht ? ☐ Ja ☐ Nein
Schwitzen Sie nachts ? ☐ Ja ☐ Nein
Frieren Sie schnell ? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Kalte Hände ☐ Kalte Füße

Schlaf

☐ Gut ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen
☐ Schlaflosigkeit ☐ Nachtschweiß ☐ Oft nächtliches Wasserlassen
☐ Schlafmittel ☐ Unruhen in den Beinen (restless legs)

Ernährung

Ernähren Sie sich biologisch / natürlich ? ☐ Ja ☐ Nein

.....

.....

Befolgen Sie bestimmte Ernährungsrichtlinien ? (z.B. vegan, vegetarisch) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche ? .....

.....

Haben Sie Verlangen nach

☐ süß ☐ sauer ☐ pikant ☐ bitter ☐ salzig ☐ scharf

Praxis Naturheilmedizin Juditha Vrabl

Haben Sie Abneigungen gegen

☐ süß ☐ sauer ☐ pikant ☐ bitter ☐ salzig ☐ scharf
☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Fett

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten ?

.....

.....

Essen Sie regelmäßig ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft pro Tag ? .....

Wann nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeiten ein ? .....

Treten nach dem Essen Bescherden auf ? Falls Ja, welche ?

.....

.....

Wie viel Wasser trinken Sie täglich ? .....

Was trinken Sie außer Wasser ?.....

Nutzen Sie einen Wasserfilter ? Welchen ?.....

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten konsequent mit unserer Hilfe zu verbessern ? ☐ Ja ☐ Nein

Lifestyle

Wie häufig trinken Sie Alkohol ?, welchen Alkohol und wie viel ?

.....

.....

Rauchen Sie ?, wieviel ?

.....

.....

Elektrosmog / geopathische Belastungen

☐ Funkmasten in der Nähe ☐ Bäche, Flüsse in der Nähe ☐ Überlandleitungen
☐ Federkernmatratzen ☐ Wasserbett ☐ schnurlose Telefone
☐ WLAN / TV ☐ Federkernmatratzen

Ist Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf Geopathische und Elektrosmog-Belastung untersucht worden? ☐ Ja ☐ Nein

Umweltgifte

☐ Möbel, Holzschutzmittel ☐ Teppichböden ☐ Schimmelpilzbelastung

☐ Andere .....

Infos in eigener Sache

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam ?

.....

.....

Warum haben Sie unsere Praxis ausgewählt ?

.....

.....