



Anamnese – Journal

.....
Telefon

.....
eMail

.....
Geburtstag / -ort

.....
Größe (aktuell)

.....
Gewicht (aktuell)

.....
Blutgruppe (falls bekannt)

.....
Beruf

.....
Hobbys

.....
Familienstand (seit wann)

.....
Kinder (Alter und Geschlecht)

.....
Krankenkasse

.....
Zusatzversicherung

speziell für Kinder:

.....
Geburtsgröße / -gewicht

.....
Apgar-Wert

.....
Besonderheiten bei der Geburt

Anleitung



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterscheiden oder anzukreuzen, wenn sie zutreffen; sonst mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich Zeit zum Durcharbeiten. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

z.B. wo die Beschwerden sind, seit wann, zeitliche Abfolge des Auftretens, wie äußern sich die Beschwerden, wodurch werden die Beschwerden erleichtert oder verstärkt usw.

.....

.....

.....

.....

.....

Wurden Sie deswegen bereits behandelt? Wie?

.....

.....

.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

.....

.....

.....

.....



Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Bitte notieren Sie, wer im Einzelnen von den Erkrankungen betroffen war oder ist, soweit es Ihnen bekannt ist.

Erkrankungen	Mutter	Vater	Geschwister (welche?)	andere Familienmitg
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steinkrankheiten (Blase, Niere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Alkoholismus

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Cholera | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> | Meningitis | <input type="checkbox"/> | Influenza | <input type="checkbox"/> |
| Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | Mumps | <input type="checkbox"/> | Malaria | <input type="checkbox"/> |
| FSME | <input type="checkbox"/> | Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> | Röteln | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Gelbfieber | <input type="checkbox"/> | Masern | <input type="checkbox"/> | Tetanus | <input type="checkbox"/> | Typhus | <input type="checkbox"/> |
| Pocken | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Hat es Reaktionen auf eine der Impfungen gegeben?

z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe usw.

.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Röteln | <input type="checkbox"/> | Aids | <input type="checkbox"/> | Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Tropenkrankh. | <input type="checkbox"/> |
| Mumps | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | Ruhr | <input type="checkbox"/> | Malaria | <input type="checkbox"/> |
| Masern | <input type="checkbox"/> | Scharlach | <input type="checkbox"/> | Windpocken | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Gelbfieber | <input type="checkbox"/> | Geschlechtskh | <input type="checkbox"/> | Sonstige | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Wurden Sie jemals mit einem Antibiotikum behandelt?

wenn ja: wann, weshalb, wie lange, mit welchem Mittel genau

.....

.....

.....



Kopfbereich

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Häufig selten

Stirn-Schläfen-Hinterhauptregion - halbseitig/doppelseitig/wechselnd - morgens/tagsüber/abends

Auslöser

Augen Bindehautentzündung kurzsichtig-weitsichtig sonstige Beschwerden

Ohren Mittelohrentzündung Schwerhörigkeit Schmerzen bei Wind, Kälte,

Geräusche/ Tinnitus sonstiges

Zähne / Kiefer

	ja	nein
Häufige Zahnarztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindliche Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurzel-behandelte, tote Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfüllungen mit Gold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfüllungen mit Amalgam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfüllungen mit Kunststoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne gezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernungen von Amalgam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausleitung e. Amalgamintoxikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haare

Haarausfall: kreisrunder vereinzelter seit wann

Sonstiges:



Nase

Operationen	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Allergien:.....	
behinderte Nasenatmung	<input type="checkbox"/>	Nase verstopft	<input type="checkbox"/>	Absonderungen (wässrig, schleimig, grünl.)	<input type="checkbox"/>
häufig Nasennebenhöhlenentzündungen			<input type="checkbox"/>	häufig Nasenbluten	<input type="checkbox"/>

Mandeln häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Operation

.....

Schilddrüse Überfunktionen, Unterfunktionen, Vergrößerungen, Operation

.....

Brust-Bauch-Rücken (betreffendes unterstreichen)

Brustdrüse Beschwerden Operationen

Herz Beschwerden Stechen Druckgefühl Infarkt Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis häufig Husten Auswurf

Leber Entzündung – Hepatitis Gelbsucht

Galle Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl Gastritis – Magenschleimhautentzündung

Appetitlosigkeit Geschwüre Sodbrennen Übelkeit Erbrechen

Darm Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperation Blähungen

Stuhlgang täglich jeden 2. Tag unregelmäßig

Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall

Stuhl hell dunkel übelriechend hart

Knollig weich schmierig pastenartig

Niere/Blase Steine Entzündungen

Harn viel wenig häufig kann nicht halten Geruch



Heilpraktikerin Petra Heini

Arme – Beine – Rücken – Haut

(betreffendes unterstreichen)

Arme	Verletzungen	Schmerzen	Tennisellenbogen	Kribbeln	kalte Hände
	Sonstiges				
Beine	Verletzungen	Schmerzen	Krampfadern	Operation	kalte Füße
	Kribbeln	Taubheitsgefühl	Sonstiges		
Rücken	Schmerzen	Hexenschuss	Ischias	Skoliose	
	Sonstiges				
Haut / Nägel	Verbrennungen	Narben	Geschwüre	Hautjucken	
	Warzen	Pilze	eingewachsene Nägel		
	Nagelbettentzündung		Allergische Reaktionen auf.....		
	Sonstiges				

Geschlechtsorgane

(betreffendes unterstreichen)

Gynäkolog.

Ausfluss:	keiner	stark	weiß	gelb	wund-machend
	färbt die Wäsche	Schmerzen	Eierstockentzündungen		
	Ausschabungen	Fehlgeburten	Abtreibungen		
	Tumore	Zysten	Myome		
	Geschlechtskrankheiten		Sonstiges:		

Menses	Wann war die erste Menses wann die letzte.....				
	Zyklus				
	Blutungen sind	hell	dunkel	klumpig	braun stark schwach
	Beschwerden vor / nach / während der Regel – welche.....				
	Zwischenblutungen.....				
	klimakterische Beschwerden.....				

Prostata	vergrößert	Entzündungen	Beschwerden beim Wasserlassen		
Sexualität	vermindert	verstärkt	unbefriedigt	Beschwerden beim Verkehr	

HP_PetraHeini@web.de | 06229-708819 | Neckarsteinach



Allgemeines

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

.....

Schlaf	Schlaflosigkeit	häufiges Erwachen	Einschlaf-Schwierigkeiten
	Sprechen im Schlaf	Unruhe in den Beinen	Nachtschweiß
	heiße Füße	Zähneknirschen

Schlaflage	Bauch	Rücken	links	rechts	kniend
	zusammengerollt			

Träume	Wiederkehrende Träume	Alpträume	schrecklich	schön
	gegen Morgen	nachdenklich	

Ernährung Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (Diäten, Vegan usw.)?

Falls ja, welche?.....

Essen Sie regelmäßig zum Frühstück, Mittag und Abend?.....

Essen Sie regelmäßig zwischen den 3 Hauptmahlzeiten? Wenn ja, was?.....

.....

An wie vielen Tagen der Woche essen Sie Fleisch?.....

Bereiten Sie ihr Essen selbst zu oder beziehen Sie Ihr Essen (Kantine, Fertigprodukte)

.....

Wie groß ist Ihre tägliche Trinkmenge an Mineralwasser und/oder Kräutertees?

Heilpraktikerin Petra Heini



Bitte geben Sie jeweils an, wie gerne Sie etwas mögen oder wie wenig, frei von gesundheitlichen oder anderen Erwägungen. Bitte geben Sie außerdem eventuelle Unverträglichkeiten oder allergischen Reaktionen an.

Nahrungs- mittel	Verlangen				Abneigung			Allergie
	stark	mittel	schwach	neutral	schwach	mittel	stark	
Bitteres								
Salziges								
Süßes								
Saures								
Scharfes								
Warme Speisen / Getränke								
Kalte Speisen / Getränke								
Milch								
Fett / Butter / Öl / Sahne								
Fleisch								
Fisch								
Gebratenes								
Getreide								
Schokolade								
Eier								
Obst								
Gemüse								
Kaffee, Schwarzer Tee								
Alkohol								

Anmerkung:

.....

