

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)
Name, Vorname des Versicherten							
geb. am							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Naturheilpraxis Weiland

Petra Weiland

Heilpraktiker

Brückenstraße 36

56112 Lahnstein

Telefon : (02621) 1891959

Telefax : (02621) 6288512

Email : petra.weiland@t-online.de

Website : www.naturheilpraxis-lahnstein.de

Anamnesebogen Allgemein

Anamnesefrage :

Antwort :

01 Allgemein

Welche Beschwerden hatten Sie zu Beginn der Behandlung:

Wann traten die Symptome das erste Mal auf:

Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?

Ja []

Nein []

Falls ja, wann waren Sie bezüglich der genannten Beschwerden das erste Mal in ärztlicher Behandlung?

Falls ja, wie lautet der vollständige Name des Arztes bzw. Facharztes:

Falls ja, existieren Befundberichte, Bescheinigungen, Laborberichte oder radiologische Berichte?

Ja []

Nein []

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

Permanent []

Zeitweise []

Regelmäßig []

Unregelmäßig []

Bei Bewegung []

Im Ruhezustand []

Im Stresszustand []

Vorwiegend nachts []

Vorwiegend tagsüber []

Nach dem Essen []

Unter welcher Bedienung lassen die Beschwerden am ehesten nach?

Unter Kälte []

Unter Wärme []

Durch Ruhe []

Durch Ablenkung []

Nach Stuhlgang []

Bei Schonhaltung []

Unter Bewegung []

Unter keinem der genannten Bedingungen []

Anamnesefrage :	Antwort :
Was ereignete sich unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?	Nichts Außergewöhnliches [] Eine Erkrankung [] Eine Kummerreaktion [] Ein Trauerfall [] Ein Schock [] Eine Operation [] Eine allergische Reaktion [] Veränderung der Körpertemperatur [] Veränderung der Essgewohnheiten []
02 Familienerkrankungen	
Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?	Asthma [] Allergien [] Gallensteine [] Gefäßkrankheiten [] Geisteskrankheit [] Geschlechtskrankheiten [] Gicht [] Herzkrankheiten [] Krebs [] Migräne [] Multiple Sklerose [] Neurodermitis [] Rheuma [] Schlaganfälle [] Zuckerkrankheit []
Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie darüber hinaus bekannt?	
03 Eigene Erkrankungen	
Leiden Sie unter allergischen Beschwerden?	Ja [] Nein []
Falls ja, bestehen bekannte, ärztlich diagnostizierte Allergien?	Ja [] Nein []
Falls ja, unter welchen allergischen Beschwerden bzw. bekannten Allergien leiden Sie:	
Welche Infektionskrankheit haben Sie durchgemacht?	Gonorrhoe [] Keuchhusten [] Malaria [] Mumps [] Pfeiffersches Drüsenfieber [] Röteln [] Ruhr [] Salmonellose [] Scharlach [] Syphilis [] Tetanus [] Tuberkulose [] Windpocken []
03 Nahrung - Probleme bei der Ernährung	
Haben Sie Probleme mit der Ernährung?	Ja [] Nein []

Anamnesefrage :	Antwort :
Halten Sie Diät oder haben Sie besondere Essgewohnheiten?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie mehr Nahrung zu sich, als Sie benötigen?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie weniger Nahrung zu sich, als Sie benötigen?	Ja [] Nein []
Hat sich Ihre Mundschleimhaut verändert?	Ja [] Nein []
Ist der Schluckvorgang beeinträchtigt?	Ja [] Nein []
Leiden Sie unter Nausea? (Übelkeit, Brechreiz)	Ja [] Nein []
04 Ausscheidung - Probleme beim Stuhlgang	
Leiden Sie unter Beschwerden des Verdauungstraktes? (Speiseröhre, Magen, Darm)	Ja [] Nein []
Falls ja, unter welchen Beschwerden des Verdauungstraktes leiden Sie?	Appetitlosigkeit [] Blähungen [] Darmentzündungen [] Durchfall [] Gallenstörungen [] Gastritis [] Kolik [] Magengeschwüren [] Magenkrämpfen [] Sodbrennen [] Verstopfung [] Antwortvorgabe (012) []
Fall ja, unter welchen Beschwerden des Verdauungstraktes leiden Sie noch:	
04 Lebenslage	
Existieren Risikofaktoren?	Ja [] Nein []
Fall ja, welche Risikofaktoren existieren?	Übergewichtig [] Raucher [] Alkoholiker [] Drogensüchtig [] Hypertoniker [] Gefäßerkrankungen [] Extrem- oder Leistungssportler [] Nacht- oder Schichtarbeit []
Fall ja, welche Risikofaktoren existieren ebenfalls:	
Gab es einschneidende Veränderung Ihrer der Lebenssituation?	Ja [] Nein []
Falls ja, welche einschneidende Veränderung in der Lebenssituation gab es:	
Existiert ein Selbstfürsorgedefizit?	Ja [] Nein []

Anamnesefrage :	Antwort :
05 Sonstige	
Leiden Sie unter Veränderungen der Sehfähigkeit?	Ja [] Nein []
Leiden Sie unter Veränderungen der Hörfähigkeit?	Ja [] Nein []
Nehmen Sie in regelmäßigen Abständen Medikamente ein?	Ja [] Nein []
Falls ja, welche Medikamente bzw. Dauermedikamente nehmen Sie zur Zeit ein:	
Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle bzw. Arbeitsunfälle?	Ja [] Nein []
Falls ja, welche Unfälle bzw. Arbeitsunfälle hatten Sie in der Vergangenheit:	
Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen?	Ja [] Nein []
Falls ja, welche Operationen hatten Sie in der Vergangenheit:	
Hat sich Ihre Körpertemperatur verändert?	Ja [] Nein []
Falls ja, wie hat sich Ihre Körpertemperatur verändert?	Gestiegen [] Gesunken []
06 Ausscheidung - Probleme mit der Haut (incl. Allergien)	
Leiden Sie unter Veränderungen der Haut?	Ja [] Nein []
Falls ja, unter welchen Veränderungen der Haut Leiden Sie?	Dekubitusbildung [] Ekzembildung [] Entzündungen [] Hautausschlägen [] Hämatombildungen [] Juckreiz [] Schweißbildung []
Falls ja, unter welchen Veränderungen der Haut leiden Sie darüber hinaus:	
06 Muskel & Skelettsystem	
Leiden Sie unter Schwindel?	Ja [] Nein []
Leiden Sie unter Schmerzen oder Kopfschmerzen?	Ja [] Nein []
In welchen Bereichen bzw. Regionen leiden Sie unter Schmerzen:	

Anamnesefrage :	Antwort :
Bestehen die Schmerzen dauerhaft?	Ja [] Nein []
Falls ja, seit wann bestehen die dauerhaften Schmerzen?	
In welchen Abständen treten die Schmerzen auf:	
Wie ist die Charakteristik des Schmerzes?	blitzartig [] bohrend [] brennend [] drückend [] dumpf [] elektrisierend [] hämmernd [] krampfartig [] kribbelnd [] kratzend [] lähmend [] nagelnd [] pochend [] pulsierend [] ziehend []
Welche Faktoren / Ereignisse lösen den Schmerz aus:	
Welche Faktoren / Ereignisse verstärken den Schmerz:	
Welche Faktoren / Ereignisse lindern den Schmerz:	
Wie intensiv sind die Schmerzen?	sehr gering [] gering [] leicht [] stark [] sehr stark [] extrem stark []
Leiden Sie unter Bewegungseinschränkungen?	Ja [] Nein []
Falls ja, unter welchen Bewegungseinschränkungen leiden Sie:	
07 Aktivität und Ruhe	
Leiden Sie unter Schlaf- oder Durchschlafstörungen?	Ja [] Nein []
Leiden Sie unter verstärktem Harndrang?	Ja [] Nein []
Leiden Sie unter Inkontinenz?	Ja [] Nein []
07 Organsystem	
Haben Sie Probleme bzw. Veränderungen mit der Atmung?	Ja [] Nein []

Anamnesefrage :	Antwort :
Falls ja, welche Probleme bzw. welche Veränderungen der Atmung bestehen?	Asthma [] Atemnot [] Erkältung [] Geruchsbeeinträchtigungen [] Hustenreiz [] Kurzatmigkeit [] Sekretbildung []
Falls ja, welche Probleme bzw. welche Veränderung der Atmung bestehen ebenfalls:	