

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

Bürgermeister-Müller-Str. 3

56112 Lahnstein

Telefon : (02621) 1891959

Telefax : (02621) 6288512

Email : [petra.weiland@t-online.de](mailto:petra.weiland@t-online.de)

Website : [www.naturheilpraxis-lahnstein.de](http://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 [ ]
<b>02 Familienerkrankungen</b>	
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?	
<b>03 Eigene Erkrankungen</b>	
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 [ ]
<b>03 Nahrung - Probleme bei der Ernährung</b>	
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 [ ]
<b>04 Ausscheidung - Probleme beim Stuhlgang</b>	
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 [ ] Kolikien [ ] Magengeschwüren [ ] Magenkrämpfen [ ] Sodbrennen [ ] Verstopfung [ ] Antwortvorgabe (012) [ ]
Fall ja, unter welchen Beschwerden des Verdauungstraktes leiden Sie noch:	
<b>04 Lebenslage</b>	
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 :
<b>05 Sonstige</b>	
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 [ ]
<b>06 Ausscheidung - Probleme mit der Haut (incl. Allergien)</b>	
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:	
<b>06 Muskel &amp; Skelettsystem</b>	
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:	
<b>07 Aktivität und Ruhe</b>	
Leiden Sie unter Schlaf- oder Durchschlafstörungen?	Ja [ ] Nein [ ]
Leiden Sie unter verstärktem Harndrang?	Ja [ ] Nein [ ]
Leiden Sie unter Inkontinenz?	Ja [ ] Nein [ ]
<b>07 Organsystem</b>	
Haben Sie Probleme bzw. Veränderungen mit der Atmung?	Ja [ ] Nein [ ]

<b>Anamnesefrage :</b>	<b>Antwort :</b>
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:	