



# Naturheilpraxis

## HANDELOH

### Anamnesebogen für Jugendliche und Erwachsene

---

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Rechnungsempfänger

Geburtstag

Geburtsort

Geburtszeit

Versicherung

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Gemeinsam mit dem Anamnesegespräch ist er die Grundlage für Auswertung nach den Regeln der Klassischen Homöopathie. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Nicht nur die aktuellen Beschwerden, sondern alle schon früher aufgetretenen Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie alles.

#### **Bitte bringen Sie**

- Impfpass
- alle ärztlichen und/oder zahnärztlichen Befunde
- Beipackzettel von Medikamenten
- und diesen ausgefüllten Anamnesebogen mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

Z.B. auch: Wo die Beschwerden sind, seit wann, also auch: zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw.

---

---

---

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, Impfung, Operation, Umzug, Schulwechsel usw.

---

**Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein? Welche? (Bitte Beipackzettel mitbringen)**

---

**Haben Sie jemals Antibiotika oder Cortison eingenommen? Wann? Warum?**

---

**Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?**

Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. Z.B. hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Krebs, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte usw.

**Mutter:** \_\_\_\_\_

**Vater:** \_\_\_\_\_

**Großeltern  
mütterlicherseits:** \_\_\_\_\_

**Großeltern  
väterlicherseits:** \_\_\_\_\_

**Geschwister,  
Onkel,  
Tanten:** \_\_\_\_\_

## **Allgemeines:**

Rechts-/Linkshänder?

Frieren Sie leicht oder ist Ihnen eher warm?

Wie werden See-, Auto-, Flug- und Bahnreisen vertragen?

Haben Sie bei sich einen besonderen Geruch wahrgenommen, mit oder ohne Absonderungen (z.B. sauer, fischig, muffig, nach Stuhl)? Wann?

Trotz Waschens oder Badens? Wo am Körper?

Gibt es eine auffällige Seitenbetonung?

Gab es Unfälle, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Operationen, oder Krankenhausaufenthalte?

Gibt es Reaktionen auf unterschiedliche Witterungen oder auf den Mond/Vollmond?

## **Reagieren Sie schnell mit Fieber? Wann? Wie hoch?**

**Kopf:** z.B. Kopfschmerz, Schwindel, Stirn- oder Nebenhöhlenentzündungen usw.

**Augen:** z.B. Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Doppeltsehen, Tränenfluss, Bindehautentzündung, Gerstenkorn, Ringe unter den Augen, Brillenträger usw.

**Nase:** z.B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Heuschnupfen, Polypen, Geruchsempfindlichkeit, Nasenbluten usw.

**Ohren:** z.B. Mittelohrentzündung (Seite?), Schwerhörigkeit, Paukenröhrchen, Geräuschempfindlichkeit, Ohrenschmalz, werden Ohrringe vertragen usw?

**Mund:** z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, Herpes, Risse in den Lippen oder Mundwinkeln, Mundgeruch, Farbe/Belag der Zunge, Soor usw.

**Zähne:** z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgamfüllungen, tote Zähne, Karies usw.

**Hals/Kehlkopf:** z.B. Mandelentzündung, Heiserkeit, Krupp/Pseudokrupp usw.

**Lunge:** z.B. Husten, Bronchitis, Auswurf, Schmerzen, Lungenentzündung, Asthma usw.

**Bewegungsapparat:** z.B. Stechen, Ziehen, Schmerzen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, Kalte und/oder schweißige Hände/Füße, Knochenbrüche, Wirbelsäulenveränderungen, Stolperneigung usw.

**Magen-Darm-Trakt:** z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfung, Durchfall, Würmer, Juckreiz am After, Windeldermatitis, usw.

**Stuhlgang:** täglich, jeden \_\_\_\_\_ Tag. Hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, schleimig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, wässrig, schmerzhaft usw.

**Urogenitaltrakt:** z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Blasen- bzw. Nierenentzündung, Urinmenge, -farbe, -geruch usw.

**Genitalien:** z.B. Hodenhochstand, Phimose, Ausfluss, erste Menstruationsblutung, Menstruationsbeschwerden usw.

**Haut:** z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Muttermale, Reaktion auf Insektenstiche, Neigung zu blauen Flecken, Wundheilung, Narbenbildung usw.

**Haare:** z.B. Haarwuchs, Haarausfall, Geruch, Milchschorf, Schuppen, Läuse, Schweiß usw.

**Nägel:** z.B. Flecken, Rillen, Nagelbettentzündungen, eingewachsene Zehennägel, Nägelkaugen usw.

**Schlaf:** z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, offener Mund, Bettnässen usw.

**Schlaflage:** z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf usw.

**Verlangen nach:** (Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist). Z.B. kalt, heiß, sauer, süß, salzig, geräuchert, stark gewürzt, scharf, Senf, Speck, Milch, Fisch, Fleisch, Wurst, Schinken (roh), Kartoffeln, Fett und fette Speisen, Butter, Käse, Brot, Eier, Obst (unreifes Obst), Apfelsinen, Eiscreme, Eiswürfel, Unverdauliches (z.B. Sand, Kalk, Kreide), Lieblingsessen?

**Abneigung gegen:** (Bitte nur das angeben, was sehr ausgeprägt ist). Z.B. kalt, heiß, sauer, süß, Milch, Fett und fette Speisen, Butter, Käse, Eier, Fleisch, Schinken (roh), Kartoffeln, Schweinefleisch, Fisch, Salat, grünes Gemüse, Sonstiges?

**Durst:** z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, auf Heißes usw.

**Schweiß:** Schwitzt Ihr Kind leicht? Wann? An bestimmten Körperstellen? Geruch, keine Schweiß?

**Temperaturempfinden:** Z.B. frostig, kalt, warm, hitzig usw.

**Stimmung, Temperament:** Z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, einsam gesellig, offen, schüchtern usw.

**Gibt es Ängste?** Z.B. Dunkelheit, Hunde, Katzen, Spinnen, Schlangen, Einbrecher, Gewitter, Höhe, Wasser usw.

## Naturheilpraxis Handeloh

Stefanie Pilsinger  
Hauptstr. 6 a  
21256 Handeloh  
Handy 0162/2598239  
info@naturheilpraxis-handeloh.de  
www.naturheilpraxis-handeloh.de

### Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Naturheilpraxis begeben haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit. Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme: In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen möchte, sind Ihre Termine ausschließlich nur für Sie reserviert. Deshalb ist ein **Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen**. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Die von mir erstellten Rechnungen erhalten Sie von der Firma Mediserv. Firma Mediserv erledigt die buchhalterisch notwendigen Arbeitsvorgänge für mich. Aus Datenschutzgründen muss ich Sie darauf aufmerksam machen.

Die o.g. Informationen habe ich gelesen und bin einverstanden:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Datum: \_\_\_\_\_

**Ja**, ich möchte gern über Newsletter Neuigkeiten aus der Praxis erhalten.

Meine E-Mail Adresse lautet: \_\_\_\_\_