



Fragebogen / Anamnese

Nachname		Vorname	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Tel. privat		Mobile	
Zivilstand		Nationalität	
Geburtsdatum		Beruf	
Hausarzt		Überwiesen von	

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Welche Hauptanliegen möchten Sie mit der Therapie angehen?

Bisherige / momentane Therapien?

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig oder nahmen Sie über längere Zeit ein? (auch Hormone, pflanzliche und homöopathische Heilmittel, Schüsslersalze usw.).

Bestehen Allergien und / oder Lebensmittelunverträglichkeiten?

Welche Krankheiten / Todesursachen gab es in Ihrer Verwandtschaft?

Krebs, Tuberkulose, Schuppenflechte, Neurodermitis, Warzen, Geschlechtskrankheiten, Geistes- oder Gemütskrankheiten, Selbstmord, Alkoholismus, Süchte, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit (Diabetes), Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Nieren-, Blasenentzündungen, Lungenentzündungen, Ohrenentzündungen, Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsstörungen, Myome, Schilddrüsenfehlfunktionen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, Zwillinge, Missbildungen, Fehlbildungen oder anderes?

Urgrosseltern (Mutterseite)		Urgrosseltern (Vaterseite)	
Grossvater (Mutterseite)	Grossmutter (Mutterseite)	Grossvater (Vaterseite)	Grossmutter (Vaterseite)
Mutter	Geb. Datum	Vater	Geb. Datum
Geschwister			
Alter			



Haben Sie Kenntnisse über spezielle Vorkommnisse betreffend Verlauf der Schwangerschaft Ihrer Mutter / resp. betreffend Ihrer eigenen Geburt?

(z.B. Schwangerschaftsvergiftungen, Depressionen während der Schwangerschaft oder nach der Geburt s. Ihrer Mutter, Zangengeburt, Kaiserschnitt, Früh-/Spätgeburt, nicht gedreht, etc.)

Litten oder leiden Sie an einer der nachfolgenden oder anderen Kinder- und Infektionskrankheiten?

(z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Pfeiffriesches Drüsenfieber Diphtherie, Angina, Kinderlähmung, Pocken, Malaria, Tropenkrankheiten, Lamblien, Parasiten, Würmern, Zeckenbisse, Gelbsucht, Bronchitis, Lungen-, Rippenfellentzündungen, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper, Trichomonaden), Scheidenpilz, Nieren- Blasenentzündungen, Stirn-, Kieferhöhlenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Hirnhautentzündungen, Lymphknotenschwellungen, etc.)

Litten oder leiden Sie an eine der nachfolgenden Hautkrankheiten oder anderweitigen Hautproblemen?

(z.B. Warzen, Kondylome, Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Akne, Furunkel, Herpes, Gürtelrose, Krätze, Läuse, Milchschorf, Aphthen, Geschwüre, Pilzkrankungen, etc.)

Unfälle? Operationen? Verletzungen?

(z.B. Plastische Chirurgie, Muttermal-, Warzenentfernungen, Krampfadern, Blinddarm, Mandeln, Verbrennungen, Schock, Knochenbrüche, Gehirnerschütterungen, etc.)

Allgemeine Krankheiten: Litten oder leiden Sie an einer der nachfolgenden oder anderen Krankheiten?








(z.B. Krebs, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Asthma, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten), Zuckerkrankheit (Diabetes), Rheumatismus, Gicht, Arthrose, Steine (Galle oder Niere), Leberkrankheiten, Magengeschwüre, Menstruationsbeschwerden, Myome, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Malaria, etc.)

Gab oder gibt es ansonsten speziell zu erwähnende Krankheiten oder prägende (Lebens-)Ereignisse?

(z.B. Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, Klimakterium, Mobbing, sexueller Missbrauch, Alkoholismus, Süchte, Geistes- und Gemütskrankheiten, Suizidversuche, Alkohol, Bluttransfusion, Geburt von Geschwistern, Pubertät, Scheidung der Eltern, Beziehungen, Trennungen, Schock, Schreck, Klinikaufenthalte, Kündigungen, langanhaltende psychische Belastung / Stress, unterdrückte Emotionen, Todesfälle etc.)

Gab oder gibt es spezielle Ernährungsgewohnheiten? Spezielle Abneigungen / Vorlieben / Gelüste oder Unverträglichkeiten?



Trinken	<input type="checkbox"/> viel Durst <input type="checkbox"/> wenig Durst	<input type="checkbox"/> Liter am Tag <input type="checkbox"/> Ich trinke v.a.: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ich trinke lieber heiss <input type="checkbox"/> Ich trinke lieber kalt
Verdauung	<input type="checkbox"/> Sodbrennen / Reflux <input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Schmerzen / Blutungen	<input type="checkbox"/> Durchfall
Stuhl	<input type="checkbox"/> wässrig	<input type="checkbox"/> trocken	<input checked="" type="checkbox"/> pro Tag / Woche
	Form	<p>Typ 1  Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)</p> <p>Typ 2  Wurstartig, klumpig</p> <p>Typ 3  Wurstartig mit rissiger Oberfläche</p> <p>Typ 4  Wurstartig mit glatter Oberfläche</p> <p>Typ 5  Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden</p> <p>Typ 6  Einzelne weiche Klümpchen mit unregelmäßigem Rand</p> <p>Typ 7  Flüssig, ohne feste Bestandteile</p>	
Urin	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> trüb <input type="checkbox"/> riechend (süsslich, Amoniak)	<input type="checkbox"/> Schmerzen /Blut / Brennen <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> geruchslos, neutral	<input type="checkbox"/> mehr als 6 mal / Tag <input type="checkbox"/> Bettnässen
Schwitzen	<input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> stark riechend	<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> starker Fusschweiss	<input type="checkbox"/> Nachtschweiss <input type="checkbox"/> aluminumhaltiges Deo?
Schlaf	<input checked="" type="checkbox"/> Stunden/ Nacht <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> Alpträume <input type="checkbox"/> morgens nicht erholt <input type="checkbox"/> Reden im Schlaf	<input type="checkbox"/> Einschlafprobleme <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme <input checked="" type="checkbox"/> Schlaflage
Energie	Skalieren Sie auf einer Skala von 1 (= wenig) bis 10 (= viel) Ihre Körper-Energie <input checked="" type="text"/>		
Temperatur	<input type="checkbox"/> schnell eher kalt	<input type="checkbox"/> schnell eher warm	
Gewohnheiten	<input type="checkbox"/> Vegetarier / Veganer <input type="checkbox"/> Kaffee/ Cola / Schwarztee <input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Drogen
Kreislauf	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Schmerzen/ enge Brust <input type="checkbox"/> Geschwollene Knöchel, Füsse, Beine beidseitig / einseitig	<input type="checkbox"/> Herzklopfen <input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Schwarzwerden vor Augen <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>
Emotionen	<input type="checkbox"/> Stress / angespannt <input type="checkbox"/> schnell verärgert / gereizt <input type="checkbox"/> Weitere / Kommentar: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Depression / Trauer <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Wut



Atemtrakt	<input type="checkbox"/>	oft / ständig erkältet	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	(blutiger) Auswurf
	<input type="checkbox"/>	verstopfte / rinnende Nase	<input type="checkbox"/>	Hustenanfälle	<input type="checkbox"/>	Asthma
	<input type="checkbox"/>	Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	kein Geruchssinn
	<input type="checkbox"/>	vergrösserte Rachenmandeln			<input type="checkbox"/>	Andere: _____

Augen	<input type="checkbox"/>	Brille / Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	unklar / doppeltes Sehen	<input type="checkbox"/>	tränennde / trockene Augen
	<input type="checkbox"/>	Krankheiten			<input type="checkbox"/>	Glaukom

Ohren	<input type="checkbox"/>	Hörschwäche	<input type="checkbox"/>	Schmerzen / Ausfluss	<input type="checkbox"/>	Geräusche / Tinnitus
-------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Mund / Zähne	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischprobleme	<input type="checkbox"/>	veränderter Geschmackssinn	<input type="checkbox"/>	Füllungen
	<input type="checkbox"/>	Wurzelbehandlungen		Prothesen /		

Hatten/ haben Sie zu tun mit:	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse
	<input type="checkbox"/>	Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Hämorrhoiden
	<input type="checkbox"/>	Milz	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	Thrombosen	<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten
	<input type="checkbox"/>	Pfeiffisches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt

Weitere	<input type="checkbox"/>	Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	schnell blaue Flecken auch bei leichtem Anstossen		
	<input type="checkbox"/>	Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/>	Blutungen, die nicht leicht zu stoppen sind		
	<input type="checkbox"/>	störende Narben	<input type="checkbox"/>	Konzentrations- / Erinnerungsschwierigkeiten		
	<input type="checkbox"/>	Zittern (Hände / Körper)	<input type="checkbox"/>	>5kg Gewichtsab- oder zunahme in den letzten 6 Monaten		
	<input type="checkbox"/>	Schwellungen Achseln	<input type="checkbox"/>	Autoimmunkrankheiten (MS, Parkinson, Morbus Crohn usw.)		
	<input type="checkbox"/>	Schwellungen Leisten	<input type="checkbox"/>	HIV		
	<input type="checkbox"/>	Blut erbrechen	<input type="checkbox"/>	Hepatitis		
	<input type="checkbox"/>	Schmerzen beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	Neigung zu Epilepsie		
	<input type="checkbox"/>	Allergien , wenn ja welche:				
	<input type="checkbox"/>					

Frauen	<input type="checkbox"/>	regelmässige Mens	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Gereiztheit
	<input type="checkbox"/>	unregelmässige Mens	<input type="checkbox"/>	Brustspannen	<input type="checkbox"/>	Ausfluss / Juckreiz
	<input type="checkbox"/>	starke Blutung	<input type="checkbox"/>	Zwischenblutungen	<input type="checkbox"/>	Anz. Schwangerschaften
	<input type="checkbox"/>	schwache Blutung	<input type="checkbox"/>	keine Mens	<input type="checkbox"/>	Anz. Kinder
	<input type="checkbox"/>	Menopause	<input type="checkbox"/>	Gebärmutterentfernung	<input type="checkbox"/>	Knoten / Schmerzen Brust
	<input type="checkbox"/>	Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr			<input type="checkbox"/>	Sind sie schwanger?

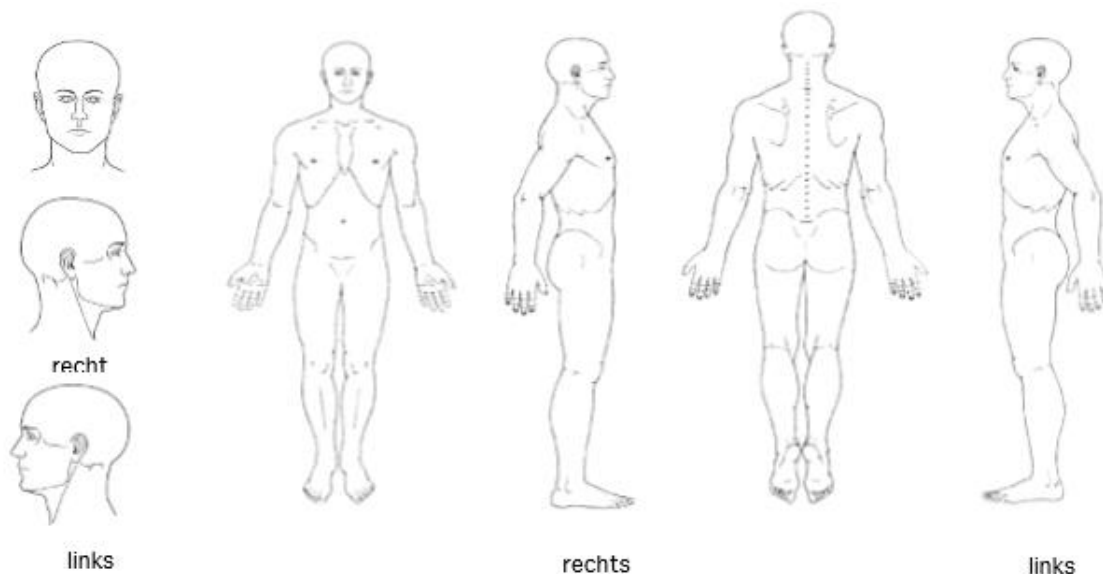
Männer	<input type="checkbox"/>	langsamer Urinstrahl	<input type="checkbox"/>	Brennen / Ausfluss	<input type="checkbox"/>	Schmerzen am Hoden
	<input type="checkbox"/>	schwacher Urinstrahl	<input type="checkbox"/>	Schwellung am Hoden		
	<input type="checkbox"/>	letzte Prostatauntersuchung				

Bemerkungen	_____					
-------------	-------	--	--	--	--	--

Bitte kennzeichnen Sie in den nachfolgenden Grafiken, wo überall Sie Beschwerden/Schmerzen haben. Bitte markieren Sie das ganze Gebiet und detaillieren Sie Ihre Beschwerden mit folgenden Begriffen:

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	stechend	<input type="checkbox"/>	lähmend	<input type="checkbox"/>	pochend
	<input type="checkbox"/>	dumpf / diffus	<input type="checkbox"/>	klopfend	<input type="checkbox"/>	hämmernd
	<input type="checkbox"/>	schwer	<input type="checkbox"/>	brennend	<input type="checkbox"/>	ziehend
	<input type="checkbox"/>	pulsierend	<input type="checkbox"/>	bohrend	<input type="checkbox"/>	ausstrahlend

Weitere	<input type="checkbox"/>	kribbelnd	<input type="checkbox"/>	krampfartig	<input type="checkbox"/>	taub
	<input type="checkbox"/>	Schwäche	<input type="checkbox"/>	verspannt	<input type="checkbox"/>	Andere: _____



Bitte machen Sie bei der entsprechenden Region ein Häkchen

Kopf	<input type="checkbox"/>	Scheitel	<input type="checkbox"/>	Nacken / Hinterkopf	<input type="checkbox"/>	Gesicht
	<input type="checkbox"/>	Schläfen / Augen	<input type="checkbox"/>	Stirn	<input type="checkbox"/>	Mehrere Gelenke

Körper	<input type="checkbox"/>	Brustkorb	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	Knie
	<input type="checkbox"/>	Bauch	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel
	<input type="checkbox"/>	Leiste	<input type="checkbox"/>	Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	Fuss / Zehen
	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	Unterarm	<input type="checkbox"/>	unterer Rücken
	<input type="checkbox"/>	Oberarm	<input type="checkbox"/>	Hand / Finger	<input type="checkbox"/>	Gesäss
	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>	oberer Rücken	<input type="checkbox"/>	Andere: <input type="text"/>

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie begonnen plötzlich/ akut allmählich / schleichend Unfall

Wie oft wenige Male pro Jahr mehrmals pro Woche mehrmals täglich
 wenige Male pro Monat einmal täglich dauernd vorhanden

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1-10 (1=sehr schwach, 10 sehr stark)?

Auslösende Faktoren?

Verbesserung durch	<input type="checkbox"/>	Bewegung	<input type="checkbox"/>	Kälte	<input type="checkbox"/>	Druck
	<input type="checkbox"/>	Ruhe / Entspannung	<input type="checkbox"/>	Wärme	<input type="checkbox"/>	Andere: <input type="text"/>

Verschlimmerung durch	<input type="checkbox"/>	Bewegung	<input type="checkbox"/>	Kälte	<input type="checkbox"/>	Wärme
	<input type="checkbox"/>	Ruhe / Entspannung	<input type="checkbox"/>	Wärme	<input type="checkbox"/>	Sport
	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	Langes Sitzen / Stehen	<input type="checkbox"/>	Andere: <input type="text"/>

Sind die Schmerzen tageszeitlichen / jahreszeitlichen oder wetterabhängigen Schwankungen unterworfen? Wenn ja, welchen?

(z.B. vor allem morgens, am Tag, abends, in der Nacht, im Winterhalbjahr, im Sommerhalbjahr etc.)