

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name

Vorname

geb.

PLZ und Wohnort

Straße

Beruf

Familienstand

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde, wegen der die Praxis aufgesucht wird:

Was? (freie Schilderung)

.....

Wo? (Lokalisation)

.....

Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz), Schmerzintensität:

.....

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

.....

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

.....

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-erkrankungen)

Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

Allgemeine Lebensführung

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich?
Welche Sorte Alkohol?

Menge:
Sorte:

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?

Zigaretten täglich:
Seit Lebensalter:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?

Ja
 Nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

Ja
 Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam?

Ja Nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?

Zeit:

Haben Sie große Sorgen?

Ja Nein

Sind Sie nervös?

Ja Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?

Ja Nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

Ja Nein

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?

Ja Nein

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Allergien		
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja Welche:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose	<input type="checkbox"/> Ja Welche:	<input type="checkbox"/> Nein
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	Allergie gegen: Welche:	

Kopfbereich		
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja Welche:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja Welche:	<input type="checkbox"/> Nein

Halsbereich		
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja Wie lange:	<input type="checkbox"/> Nein

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Brustbereich		
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bauchbereich		
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja Welche:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja Beschwerde:	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja Veränderung	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Arme und Hände		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Beine und Füße		
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Harn- und Geschlechtsorgane		
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja Veränderung:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau		
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?		
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?		
Wie lange ist die Zyklusdauer?		
Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal stark?)		
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Haut		
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hautjucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Schilddrüsendiagnostik - Leiden Sie unter?		
Müdigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weniger Energie als andere ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lange Erholungszeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Abgeschlagenheit bis hin zu Apathie und Depression?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trockene, raue, blasse Haut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Struppige Haare, evtl. diffuser Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haare werden grau oder weiß?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Raue, heisere Stimme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bradykardie, evtl. Herzinsuffizienz ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kälteempfindlichkeit, keine ideale Körpertemperatur von 36,8 Grad Celsius?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kältegefühl in Händen und Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verstopfungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Entwicklungsstörungen der Genitale?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hypoglykämie und Anämie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gewichtszunahme, Unfähigkeit Gewicht abzunehmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alzheimer, Demenz, mentale Störungen, Verlust des Kurzzeitgedächtnisses ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann nicht lange durchhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hohes Cholesterin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Koronare Herzkrankheit, Atherosklerose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Reizdarm, Verdauungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Brüchige Fingernägel, Rillen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Hornhaut an den Fersen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einschlafneigung tagsüber ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knochen- oder Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohrenjucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Regelblutungsstörungen, zyklische Migräne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Depressive Verstimmung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Libidoverlust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verfrühte Menopause ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verstärkung von perimenopausalen- und menopausalen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Druck in der Kehle, Kloßgefühl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tachykardie, Extrasystolen, Herzklopfen, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, Hypertonie ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gewichtsabnahme trotz gesteigerten Appetits?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Feinschlägiger Fingertremor, Zittern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nervosität, Unruhe, Gereiztheit, erhöhte Reizbarkeit, Hyperaktivität und seelische Labilität ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wärmeintoleranz mit vermehrtem Schwitzen, v.a. an den Handflächen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hervortreten der Augäpfel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weiches, dünnes Haar und Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kropf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Druck, Enge, Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaflosigkeit, Schlafstörungen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ängste und Panikattacken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heißhunger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Beschwerden?		

Naturheilpraxis Nadja David

Lindenhofweg 53, 88131 Lindau

Telefon: 08382-9839857

info@heilpraxislindau.de

www.heilpraxislindau.de



Lebensführung - Belastungen		
Haben Sie Amalgamfüllungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stehen Thunfisch oder andere Raubfische regelmäßig auf Ihrem Speiseplan ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Essen Sie verpackte Nahrungsmittel und Nahrungsmittel aus konventionellem Anbau?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie beruflichen Giften ausgesetzt - Kosmetik, Haarspray, Plastik, Kassenzettel, Lacke usw.?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie dauerhaft elektromagnetische Feldern ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie regelmäßig Softdrinks?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schimmel in der Wohnung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kaufen Sie regelmäßig Lebensmittel in Plastik verpackt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie regelmäßig Getränke aus Plastikflaschen ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verzehren Sie viel Zucker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nachts oft wach?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gehen Sie beim Tageslicht spazieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie elektronische Geräte neben Ihrem Bett?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sonstiges: