



Ganzheitliche Anamnese

Name:

Geburtsdatum:

Beruf, selbständig / angestellt:

Familienstand:

Name (Ehe-)Partner, Alter, Beruf:

Datum:

Vorname:

Alter:

Schulbildung:

Zahl der Kinder:

Die Beantwortung der folgenden Fragen dient dem Auffinden des Mittels, das am besten zu Ihnen passt. Deshalb sind auch scheinbar unwesentliche Einzelheiten bedeutsam, die mit der Erkrankung, wegen der Sie kommen, gar nichts zu tun haben. Es geht darum, Sie als ganzen Menschen mit allen Facetten und typischen Besonderheiten zu erfassen.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Fragebogen in Ruhe auszufüllen.

Sie werden sich dadurch auch selbst besser kennenlernen.

Bitte schildern Sie die Beschwerden möglichst genau – also nicht nur „Husten“, „Schmerzen“ oder „Schlaflosigkeit“. Hilfreich sind hier vor allem die „W-Fragen“:

Wo treten die Beschwerden auf? (z.B. lokal, Ausstrahlung etc.)

Wie empfinden Sie die Beschwerden? (z.B. brennend, dumpf, stechend etc.)

Wann treten die Beschwerden auf? (z.B. morgens, im Stehen, nach Ärger etc.)

Was bessert oder verschlechtert? (z.B. Bewegung, Kälte, Essen, Schlaf etc.)

Was war möglicherweise ein Auslöser? (z.B. Zugluft, Kummer, Sturz, Überanstrengung etc.)

Beispiel: stechende Kopfschmerzen im Stirnbereich mit Ausstrahlung in die Schläfen, oft nach Aufregung, besser durch Liegen und Wärme, schlechter durch Sprechen.

Wenn einmal der Platz nicht ausreicht, können Sie ein Zusatzblatt beilegen. Sie können auch gerne etwas auslassen, wenn Ihnen nichts dazu einfällt oder vermerken, wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten.

Bitte dann zum Termin mitbringen oder vorab per Post schicken mit einem möglichst aktuellen **Foto** von sich.

1. HAUPTBESCHWERDEN

Bitte schreiben Sie hier alles auf, was Sie momentan am meisten belastet, warum Sie zur Behandlung kommen und was Sie sich erhoffen.

(momentane Beschwerden, Beginn, bisheriger Verlauf, bisherige Untersuchungsergebnisse u. Therapie, Auslöser, Zusammenhänge mit besonderen Umständen, Unfällen, psychischen Belastungen etc. Welche Rolle spielen Temperatur, Tages- oder Jahreszeiten, Wetter, Ruhe/Bewegung etc.? („W-Fragen“)

2. FAMILIENGESCHICHTE

Bitte möglichst genau nachforschen, welche Erkrankungen aufgetreten sind – z.B. Tuberkulose, Krebs, Herz-und Gefäßerkrankungen, hoher Blutdruck, Diabetes, Übergewicht, Rheuma, Magen-Darmerkrankungen, Lungenerkrankungen/Asthma, Leber- und Nierenerkrankungen, Blut-erkrankungen, Epilepsie, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen...), Hautkrankheiten, Allergien, Suchterkrankungen wie Alkoholismus etc.

Welche Erkrankungen hat/te Ihr Vater? Wie alt ist er, bzw. in welchem Alter und woran starb er?

Welche Erkrankungen hat/te Ihre Mutter? Wie alt ist sie, bzw. in welchem Alter und woran starb sie?

Welche Geschwister haben Sie? Wie alt sind diese, was für Erkrankungen sind bekannt?

Welche Erkrankungen sind Ihnen von Ihren Großeltern bekannt? Ggf. in welchem Alter und woran sind sie gestorben? Welche weiteren Krankheiten sind bei wem in der Blutsverwandtschaft bekannt?

3. FRÜHERE ERKRANKUNGEN

Welche Besonderheiten gab es in der Kindheit? (z.B. Unfälle, bei Verwandten aufgewachsen, Ernährungs- oder Entwicklungsstörungen, Schulprobleme, Rachitis, Würmer, Verhaltensauffälligkeiten, Ängste, Gewalt etc.)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie in welchem Alter durchgemacht, wie verliefen sie? (z.B. Kinderkrankheiten, Entzündungen Lunge, Blase, Mandeln, Blinddarm, Pilze etc.)

Welche anderen Erkrankungen gab es später und in welchem Alter? Was war die schlimmste? (innere Organe, Allergien, hormonelle Störungen, Steine, Bewegungsapparat, Nägel, Haare, Gefäße, Nerven etc.)

Welche Hauterkrankungen sind in welchem Alter aufgetreten? (z.B. Warzen, Ekzeme, Krätze, Akne, Herpes, Furunkel etc.)

Welche Operationen wurden in welchem Alter durchgeführt? Komplikationen?

Welche Impfungen haben Sie bekommen und wann zuletzt? Wie haben Sie diese vertragen?

Welche Medikamente haben Sie in der letzten Zeit eingenommen oder nehmen Sie jetzt noch?
Gab es jemals unerwünschte Reaktionen auf Medikamente?

4. ALLGEMEINE SYMPTOME

Gibt es Jahreszeiten oder bestimmte Tages- und Nachtzeiten, evtl. sogar feste Stunden, in denen Sie sich besser oder schlechter fühlen? Wie ist Ihr idealer Schlaf-Wach-Rhythmus?

Werden Sie vom Stand von Sonne und Mond, von Licht und Dunkelheit beeinflusst? Wie?

Sind Sie wetterempfindlich? Was wird wie und wodurch gestört? (z.B. Regen, Nebel, Föhn, Zugluft etc.)

Sind Sie klimaempfindlich? (z.B. Meer, Hochgebirge, Wüstenklima etc.)

Welches Wetter und Klima mögen Sie am liebsten, welches gar nicht?

Wie ist Ihre Wärmeregulation, frieren Sie leicht oder ist Ihnen eher warm? (z.B. kalte Füße, Hände, eine Seite kalt/andere warm, Hitzewallungen, Schüttelfrost, leicht oder nie Fieber, lieber ein Pullover zu viel, Fenster immer offen, nachts warme Decke oder Socken etc.)

Wie vertragen Sie Wärme? (z.B. Sonne, Ofenwärme, Bäder, Zimmer, Kleider, warme Umschläge etc.)

Wie vertragen Sie Kälte? (z.B. trockene, feuchte, eisige, Umschläge, kalter Wind etc.)

Wie, wo und wodurch schwitzen Sie? (z.B. leicht, gar nicht, warm, kalt, klebrig, Wäsche verfärbend, bei Anstrengung, Aufregung, bestimmte Körperteile, nachts, unangenehm, erleichternd, mit Geruch etc.)

Wie steht es mit Ihrem Schlaf? Welche Lage bevorzugen Sie? (z.B. gut, Probleme mit Einschlafen, Aufwachen zu festen Zeiten, warm zugedeckt, Füße draußen, auf dem Rücken, zusammengerollt etc.)

Gibt es Auffälligkeiten während des Schlafs oder bestimmte störende Erscheinungen? (z.B. Zähneknirschen, Schlafwandeln, Unruhe, Reden, Schwitzen, Zuckungen, Herzklopfen, Ängste etc.)

Gibt es bestimmte wiederkehrende Träume? Angenehm oder unangenehm, welche Themen?

Werden Sie leicht schwindelig, wann und wie genau? Waren Sie schon einmal ohnmächtig?

Wie vertragen Sie Autofahren, Bahn-, Schiffs- oder Flugreisen?

Sind Sie sehr druck- oder berührungsempfindlich, an welchen Stellen? Gibt es Probleme bei der Wundheilung oder Narbenbildung? Bekommen Sie leicht blaue Flecke?

Haben Sie irgendwelche merkwürdigen Absonderungen? (Geruch, Farbe, Aussehen, wund-machend etc.)

Treten bei Ihnen besondere Zustände, Empfindungen oder Impulse auf? (Zittern, Zucken, Kribbeln, Jucken, „Gespalten-Sein,“ Gewalttätigkeit, als ob“-Gefühle: Haar, Sandkorn, Kloß etc.)

Gibt es eine bevorzugte Körperhälfte bei Ihren Krankheitserscheinungen? (rechts, links, oben, unten, hin und her wandernd, gekreuzt)

Wie sieht es mit Spannkraft, Vitalität, körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit aus?

Wie ist es mit Konzentration, Gedächtnis und Orientierung? (z.B. Vergesslichkeit, Zerstreuung, in Ruhe und unter Belastung, Orientierung in Raum und Zeit, Lernen, Rechnen etc.)

Wie steht es mit Ihrem Appetit/Hunger? (z.B. „normal“, Heißhunger, zu bestimmten Zeiten etc.)

Wie ist Ihr Esstempo? Wie viel können Sie als Portion essen?

Wie schnell bekommen Sie Beschwerden, wenn Sie nichts gegessen haben und welche? (z.B. schlechte Laune, Kopfschmerz, Schwindel etc.)

Entspricht Ihr Körpergewicht der Essensmenge?

Was ist - unabhängig von gesundheitlichen Bewertungen - Ihr Lieblingsessen? (warm, kalt, süß, sauer, scharf, pikant, salzig, Butter, Milch, Eier, Käse, Fleisch, Wurst, Brot, Eis, Schokolade etc.)

Was mögen Sie überhaupt nicht?

Was vertragen Sie nicht, und was für Beschwerden bekommen Sie dadurch?

Wie sieht es mit Tabak, Alkohol, Kaffee (Verlangen oder Abneigung) aus?

Haben Sie jemals merkwürdige und unverdauliche Dinge gegessen? (z.B. Lehm, Sand, Kreide, Papier etc.)

Wie ist Ihr Durst – unabhängig von dem, was Sie aus gesundheitlichen Erwägungen trinken? (Häufigkeit, Menge, warm/kalt, Vorlieben/Abneigungen/Unverträglichkeiten, bestimmte Tages- od. Nachtzeiten etc.)

Gibt es Besonderheiten zum Thema Sexualität? (z.B. wenig oder viel Interesse, Orgasmus-, Erektionsprobleme etc.)

5. KÖRPERLICHE MERKMALE UND AUFFÄLLIGKEITEN

Größe: Gewicht: Körperbau und –form:

Kopf: (Haare dünn, dick, fettig, filzig, Geruch, Schuppen, Haarausfall, Kopfschmerzen etc.)

Gesicht: (z.B. Haut glatt/faltig, Aussehen jung oder alt, Pigmente, Ausschläge, Warzen, Augenringe etc.)

Augen: (z.B. Entzündungen, Sehstörung, Tränen, Absonderung, Trockenheit, Schielen, Gerstenkorn etc.)

Nase: (z.B. Geruchssinn, eng, verstopft, Schnupfen, Nebenhöhlen, Heuschnupfen, Niesen, Bluten etc.)

Ohren: (z.B. abstehend, Entzündungen, Hörvermögen, Farbe Ohrenschmalz, Ohrgeräusch etc.)

Mund: (z.B. Geschmack, Mundgeruch, Speichelfluss, Geschwüre, Aphten, Herpes, Zungenbeläge etc.)

Zähne/Kiefer: (z.B. viel Karies, Füllungen, Verfärbungen, Wurzelprobleme, Zahnfleisch,stellungsanomalien etc.)

Hals: (z.B. Engegefühl, Entzündungen, Mandeln, Schilddrüse, Kropf, Speiseröhre, Lymphknoten etc.)

Lunge und Bronchien: (z.B. Husten, Auswurf, Atemnot, Entzündungen, Asthma etc.)

Herz-Kreislauf: (z.B. Herzfehler, Herzklopfen, Angina pectoris, Blutdruck, Schwindel, Ohnmacht etc.)

Weibliche Brust: (z.B. Knoten, Absonderungen, Entzündungen, Schmerzen vor oder bei Regel etc.)

Magen-Darm: (z.B. Geschwüre, Empfindlichkeit, Schmerzen, Aufstoßen, Blähungen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Entzündungen, Fissuren, Hämorrhoiden, Polypen etc.)

Bauch: (z.B. Krämpfe, Empfindlichkeit auf Druck und Kleider, Umfang, Nabel- oder Leistenbruch etc.)

Stuhlgang: (wie oft am Tag, welche Uhrzeit, normal, Verstopfung, Durchfall, hell/dunkel, geformt/ breiig/trocken/klebrig/ dünn/knollig, schmerzhaft, Blut/Schleim/Unverdautes, wundmachend, drängend, zurückschlüpfend, besonderer Geruch, auffälliges Verhalten beim Stuhlgang, Einkoten etc.)

Niere, Harnwege und Geschlechtsorgane: (z.B. Blasenentzündung, Ausfluss, Pilze, Prostata vergrößert, Myome, Zysten, Feigwarzen, Geschlechtskrankheiten, Phimose, Hodenhochstand, Nierensteine, Tumore etc.)

Urin: (normal oft/häufig/selten, große/kleine Mengen, Geruch, Farbe, Beimengungen, Schmerzen, plötzlicher Harndrang, Inkontinenz/Einnässen, auffälliges Verhalten bei Harnentleerung etc.)

Bei Frauen - Menstruation:

In welchem Alter war die erste Regel, wann die letzte (bei Frauen im Klimakterium)?

Welcher Abstand ist bzw. war zwischen den Blutungen?

Wie lange dauert/e die Blutung?

Wie stark ist/war sie ? (normal/stark/schwach)

Wie sieht/sah sie aus ? (hell/dunkel, flüssig/klumpig, Geruch etc.)

Gibt/Gab es Besonderheiten? (z.B. Schmerzen, Begleitbeschwerden, Psyche etc.)

Beschwerden durch Pubertät und/oder Wechseljahre? Welcher Art?

Schwangerschaften und Geburten: (wie viele, welches Alter, normal, Fehlgeburten/Abgänge, Komplikationen, Kaiserschnitt, Wehenschwäche, Stillprobleme, Fruchtbarkeit, Pilleneinnahme – welche, wie vertragen?)

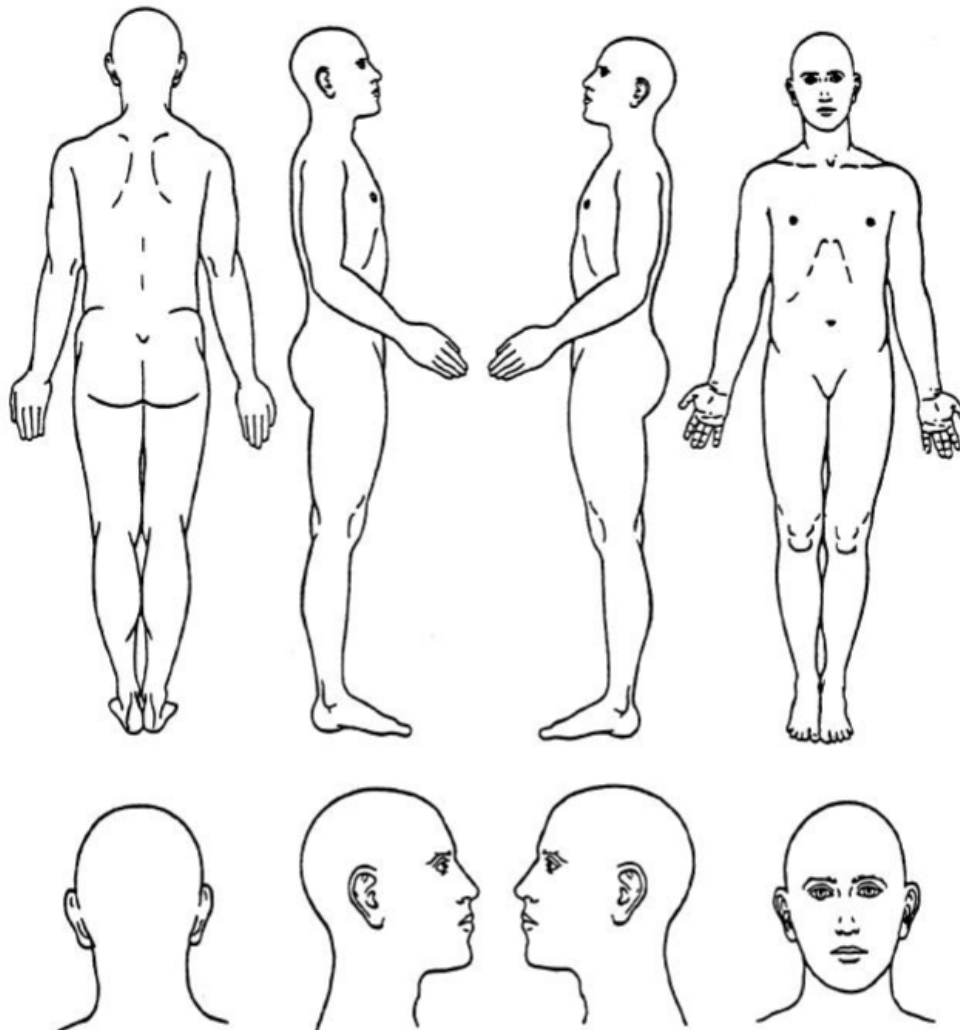
Bewegungsapparat: (z.B. gehäufte Brüche, Stellungsanomalien, Missbildungen, Schmerzen, Osteoporose, Ganglien, Sehnenentzündung, Gelenke, Arthrose, Skoliose, häufiges Umknicken, Trichterbrust etc.)

Haut: (z.B. trocken, schuppig, rissig, fett, rau, rot, pickelig, empfindlich, Ausschläge, Pigmentflecken, Wucherungen, Warzen, Juckreiz, Furunkel, Abszesse, Akne, Behaarung, Narben etc.)

Nägel: (z.B. Verformungen, leichtes Splintern oder Einreißen, weiße Flecken, Nagelbettentzündungen/-eiterungen, Wuchsstörungen, Pilz etc.)

Nervensystem: (z.B. Krämpfe, Stottern, Tic, Nervosität, Neuralgien, Lähmungen, Zittern, schreckhaft etc.)

Hier bitte noch die Lokalisation von Schmerzen einzeichnen:



Hier können Sie noch etwas zu Ihren Schmerzen aufschreiben, was Ihnen wichtig erscheint:

6. THEMEN AUS DEM PSYCHISCHEN BEREICH

Hier können Sie frei alles aufschreiben, was Sie charakterisiert, was Ihnen wichtig ist, von sich mitzuteilen, was Sie belastet, wie Ihre Kindheit war etc.

Das wird dann im Gespräch weiter vertieft.

Wenn Sie lieber einzelne Fragen beantworten, gibt es auch einen Fragebogen Psyche auf der Homepage zum Herunterladen.

Vielen Dank! Bitte an das Foto denken.

Praxis für Ganzheitliche Medizin

8

Reiter Straße 37 • 83527 Haag • Telefon 08072 | 2825
praxis@ganzheitlich-aerztlich.de • www.ganzheitlich-aerztlich.de



Dr. med.
Elisabeth Höppel

Ärztin für
Homöopathie
Akupunktur
Naturheilverfahren
Orthopädie