**Anamnese - Fragebogen**

**Praxis für klassische Homöopathie – Kerstin Lerchl – Föhringer Allee 27**

**85774 Unterföhring**

**Tel. 089/ 120 21 351 info@praxis-lerchl.de**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Versicherung:** Ο Gesetzlich Ο Beihilfe/Post Ο Privat-Versicherung Ο Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung:

**Anleitung**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

Bitte bringen Sie zudem zur Konsultation Ihre aktuellen Blutwerte und sonstige diagnostisch relevanten Unterlagen mit!

**Was ist Ihr Wunsch an mich? Für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung?**

**1.**

**2.**

**3.**

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

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister**. z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

**Welche (Auffrisch-) Impfungen haben Sie bekommen?**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

**Gibt es Allergien?**

Pollen .............................................................................................................................

Nahrungsmittel……….........................................................................................................

*Kopf\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

**Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann ...................................................

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

**Ohren** links / rechts .......Tinnitus seit ............. Schwerhörigkeit seit ..........., andere.............

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

**Zahnfüllmaterialien** O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Medikamente

*Brust und Bauch\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten,

**Leber** Entzündung - Hepatitis

**Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

**Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übelriechend

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

*Rücken – Arme – Beine – Haut\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

**Beine** Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

**Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

**Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel,

Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig – reizen ein

**Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**

0 Ja – bitte beim Besuch zeigen

0 Nein

Unterleib – Gynäkologie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten,Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

**Menses** Wann war die erste Menses.................... wann die letzte………………………….

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche ...........................................

Klimakterische Beschwerden ...................................................................................

**Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche ....................................................................................

**Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen etc.

**Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig.......................................................................

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach ..................................................

**Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

*Allgemeines \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Meine Blutgruppe** ................................... **Mein Blutdruck** ....................................

**Trinken Sie Alkohol?** ……………………….......... **Rauchen Sie?** ……….............................

**Auf einer Skala von 1-10 – Wieviel Energie haben Sie?** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?** ……………………………............……………...........

**Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?** …......………………………………..........…………………....

**Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit ...........), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

**Schlafzeit** übliches zu Bett gehen ..........................

übliches Aufstehen....................................

Ernährung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie gestern bzw. heute gegessen haben? Was haben Sie getrunken?**

Gestern Heute

Morgens

Mittags

Abends

Zwischenmahlzeiten

**Haben Sie Heißhunger, auf...?** Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

**Auf welche Nahrungsmittel besteht eine Abneigung?** ……………………………………………………..........................................

……………………………………………………………………………………………..

**Was würden Sie sich zu essen wünschen, wenn Sie im Schlaraffenland wären?**

……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..

Schmerzfragen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wo treten Schmerzen auf?**

Bitte kennzeichnen****

Kreuz - punktförmiger Schmerz

Linie - unklare Schmerzlokalisation

Pfeil - ausstrahlender Schmerz

**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

schwach mittel sehr stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** ……………………………………………………………………..............

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** …………………………………………………………………................

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?** Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?** Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges ..................................

**Welche Ereignisse verbessern?** Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

**Andere Symptome zum Schmerz** Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Medikamente

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

*Chronologie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. (Gerne auch auf einem separaten Blatt)

*Gemüt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Leiden Sie unter Ängsten?** Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.

**Sind Sie oft reizbar?**

**Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?**

**Grollen Sie jemanden?**

**Was ist Ihre größte Sorge im Leben?**

**Was ist Ihr größter Wunsch?**