

Anamnese Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und bringen diesen mit zum ersten Termin mit.

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis Nikolic

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Tel. gesch: _____
PLZ Ort: _____ Mobilfunk: _____
Hausarzt: _____ E-Mail: _____

Versicherung (bitte ankreuzen)

Gesetzlich beihilfeberechtigt Bund Land
 Privat Zusatzversicherung

Bei Kindern:

Name des Rechnungsempfängers _____

Empfohlen durch: _____

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

Wichtig! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1= sehr gering, 10= extrem stark) Bsp.: Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist Bsp.1994).

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptsymptome)

1. _____

2. _____

3. _____

Nehmen Sie Medikamente?

O ja

O nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

Was war kurz vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden vielleicht der Auslöser? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Schreck, Trauer, Operation, Stress, Hautausschläge, Medikamente etc.

Gab es schwere Schicksale in ihrer Familie? (Unfälle, Krankheiten, Krieg, Flucht, Sucht, Todgeburten etc.)

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte ankreuzen:

2

Tuberkulose Polio Diphtherie Tetanus HIB Keuchhusten

Masern Mumps Röteln Hepatitis Cholera Gelbfieber

Grippe Zecken Covid

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z. Bsp. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit

Welche Infektionskrankheit haben Sie durchgemacht? Bitte ankreuzen:

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Ringelröteln Windpocken

Scharlach Tetanus Kinderlähmung Salmonellen Malaria

Ruhr Pfeiffersches Drüsenfieber Tropenkrankheiten TBC

Borreliose FSME Hirnhautentzündung Herpes/Gürtelrose

Covid

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?

ja nein

Wurden Sie schon einmal mit Antibiotika oder Kortison behandelt?

ja nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Wie ist der Kopfschmerz, und wo? _____

Schwindel? ja nein

Tinnitus? ja nein

Mittelohrentzündung ja nein früher oft

Welches Ohr ist betroffen? rechts links beide

Haarausfall? ja nein

Schuppen? ja nein

Allergien? ja nein

- Schilddrüse: Unterfunktion Überfunktion
 Knoten Vergrößerung
- Herzbeschwerden? ja nein
- Bluthochdruck? ja nein
- Lungenerkrankung? ja nein
- Leber/ Gallenerkrankung? ja nein
- Magenbeschwerden? ja nein
- Darmbeschwerden? ja nein
- Stuhlgang: regelmäßig unregelmäßig
 Verstopfung Durchfall
- Nieren/Blasenbeschwerden? ja nein
- Rückenbeschwerden? ja nein
- Hauterkrankungen? ja nein
- Arm/ Beinbeschwerden? ja nein
- Nagelerkrankungen? ja nein
- Gynäkologische Erkrankungen? ja nein
- Prostataerkrankungen? ja nein
- Ernährungsgewohnheiten: Hausmannskost vegetarisch
 vegan regelmäßig
 unregelmäßig Kantine
- Vorlieben beim Essen: Süßes Salziges
- Unverträglichkeiten? ja nein
- Lebensmittelallergien? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wie schätzen Sie Ihren Fitnesszustand ein?
Skala 1-10 _____

Haben Sie Haustiere? ja nein

Sind noch Amalgamfüllungen vorhanden? ja nein

Wurden Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

falls ja, wann? _____

Anamnese aller Narben und Operationen:

Kopf:

- Kopfschwarte Ohrläppchen Ohren zurückbinden
- Hautkrebs-Entfernung (Basaliom /Spinaliom /Melanom)
- Mandeloperation Zahnextraktion (Weisheitszähne u.a.)
- Kieferoperation zur Bisskorrektur Zungenbändchenverkürzung
- Lippenbändchenverkürzung Parodontose-Behandlung
- v.a. Narben über Mittellinie Knochentransplantation zum
Knochenaufbau Augenlider/ Stirn/ Wangen straffen
- Nasenpolyp-Entfernung Nasenbeinfraktur
- Nasenscheidewandkorrektur

Hals:

- Schilddrüse-Entfernung Nebenschilddrüse- Entfernung
- Lymphknotenentfernung

Extremitäten:

- Impfnarben (Oberarme/Gesäß) Schulter- Operation
- Schnittverletzung an Händen u. Fingerkuppen
- Dupuytren´sche Kontraktur Nageloperation,- Entfernung
- Bänderriss am Fuß Achillessehnenriss
- Hallux- Operation Herzkatheter-Untersuchung
- Frakturnarben Hüftoperation
- Knie-Operation (Kreuzbänder/Kniescheibe/Seitenband/Meniskus)
- Krampfadern-Operation Gebrochene Finger/ Zehen

Allgemein Haut:

- Piercings Permanent Make-up
- Verbrennungen Furunkel- Entfernung
- Muttermal- Entfernung Tätowierungen/Tattoos
- Lipom- Entfernung

Brustkorb:

- Schlüsselbeinfraktur Rippenfraktur
- Herzoperation/Lungenoperation
- Brustknotenentfernung Brustvergrößerung/Brustverkleinerung
- Brustentfernung Lymphknotenentfernung im Brust/Achselbereich

Bauch- Unterleib- Genitalbereich:

- Bauchnabel Blinddarm-Narbe Leistenbruch-Narbe
- Laparoskopische Bauchoperation Gallenblasen- Operation
- Drainage-Narben Gebärmutterentfernung
- Periduralanästhesie Kaiserschnitt Magen-Darm-Operation
- Lumbalpunktion Beschneidung Dammschnitt

Operationen/Unfälle/Verletzungen (Was, wann, wo am Körper)

0 _____

0 _____

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

