

**Praxis für Naturheilkunde**

## Fragebogen zur Anamnese

Liebe/r Patient/in,

ich freue mich sehr, Sie in meiner Praxis für Naturheilkunde willkommen heißen zu dürfen. Um Ihnen bestmöglich bei Ihren gesundheitlichen Beschwerden weiterhelfen zu können, bin ich auf Ihre Unterstützung angewiesen. Daher möchte ich Sie darum bitten, so ausführlich, offen und ehrlich wie möglich meinen Anamnesefragebogen auszufüllen. Manche Fragen werden Ihnen ungewöhnlich vorkommen, für mich sind diese Informationen jedoch von großer Bedeutung. Sollte Ihnen mal eine Frage unangenehm oder zu persönlich sein, dann lassen Sie diese einfach weg. Alle Angaben werden natürlich vertraulich behandelt und dienen einer ganzheitlichen, auf den Patienten zugeschnittenen Behandlung. Weitere wichtige Fragen zur Anamnese werden wir in einem persönlichen Gespräch gemeinsam klären.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ und Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon / Mobil:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag und -ort:** \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Blutgruppe (falls bekannt):** \_\_\_\_\_

**Familienstand / Kinder:** \_\_\_\_\_

**Beruf (bei Rentnern auch  
ehemaliger):** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt;** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert       privat versichert       Beihilfe  
 Zusatzversicherung für Heilpraktiker: \_\_\_\_\_

## Beschwerden

**1. Was ist Ihr Hauptanliegen, was Sie heute in meine Praxis führt und seit wann besteht es?**

---



---



---

**2. Unter welchen weiteren Beschwerden leiden Sie und seit wann?**

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:

**3. Haben Sie bereits Hilfe für Ihre Beschwerden in Anspruch genommen? Wenn ja, bei wem?**

- Ärzte                                       Physiotherapeuten                       Osteopathen  
 Heilpraktiker                                       Kliniken                                       Sonstige: \_\_\_\_\_

**4. Welche Behandlungen wurden gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?**

---



---

**5. Wie war der Erfolg?**

- sehr gut       gut                       mäßig                       schlecht                       sehr schlecht

**6. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?**

- eine Erkrankung     Kummer     Trauer                       Schreck                       Operation(en)  
 Hautausschläge     ein Unfall     Medikament(e)     Impfungen     Sonstige:

**7. Nehmen Sie zurzeit Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel / Vitaminpräparate / pflanzliche oder homöopathische Mittel etc. ein? Wenn ja, was genau und in welcher Dosierung? (Bitte Beipackzettel mitbringen)**

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:

**8. Gab es schon einmal eine Cortison- Einnahme?**                       ja                       nein

Wenn ja, wann und bei welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

9. Gab es schon einmal eine Antibiotika-Einnahme?  ja  nein  
 Wenn ja, wann und bei welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
10. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, gegen was genau? \_\_\_\_\_
11. Sind sonstige Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. gegen Blütenpollen, Tierhaare, Milchzucker etc.) bekannt?  ja  nein  
 Wenn ja, gegen was genau? \_\_\_\_\_
12. Haben Sie eine bekannte Unverträglichkeit gegen Lokalanästhetika?  ja  nein  
 Wenn ja, gegen was genau (z.B. Procain, Lidocain)? \_\_\_\_\_
13. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  ja  nein  
 Wenn ja, gegen was genau? \_\_\_\_\_
14. Haben Sie eines der nachfolgenden Dinge? Wenn ja, bitte ankreuzen!  
 Transplantate  Prothesen  Implantate  Herzschrittmacher
15. Haben Sie Narben (z.B. von Operationen/Verletzungen)?  ja  nein  
 Wenn ja, wo befinden sich diese? \_\_\_\_\_
16. Sind Sie schon einmal von einer Zecke gebissen worden?  ja  nein  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
 Gab es Reaktionen auf den Zeckenbiss?  ja  nein  
 Wenn ja, wie sah die Reaktion aus?  
 Fieber  Rötung  Ausschlag  \_\_\_\_\_
17. Rauchen Sie?  ja  nein, aber früher einmal  nein, noch nie
18. Trinken Sie Alkohol?  ja, regelmäßig  ja, aber nur selten  nein
19. Trinken Sie Kaffee?  ja  nein
20. Liegt eine Schwangerschaft vor o. besteht die Möglichkeit?  ja  nein
21. Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt?  ja  nein
22. Liegt Ihnen ein Blutbild vor, dass Sie mir mitbringen können?  ja  nein

## Krankheitsgeschichte

**1. Bitte erfassen Sie alle bisherigen Krankenhausaufenthalte, Operationen und Unfälle, die Sie durchgemacht haben, wenn möglich in chronologischer Reihenfolge:**

1.	wann?
2.	wann?
3.	wann?
4.	wann?
5.	wann?
6.	wann?
7.	wann?
8.	wann?

**2. Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern                       | <input type="checkbox"/> Mumps           | <input type="checkbox"/> Windpocken    | <input type="checkbox"/> Gürtelrose          |
| <input type="checkbox"/> Röteln                       | <input type="checkbox"/> Scharlach       | <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Syphilis (Lues)     |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten                  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose     | <input type="checkbox"/> Malaria       | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose                 | <input type="checkbox"/> Ruhr            | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersche<br>Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |  |  |

**3. Leiden Sie häufig unter Erkältungskrankheiten?**

ja       nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Wie oft im Jahr? \_\_\_\_\_

**4. Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs                 | <input type="checkbox"/> Tuberkulose     | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie      |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Diabetes       |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Rheuma          | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten   | <input type="checkbox"/> Allergien      |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose     | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gicht              | <input type="checkbox"/> Neurodermitis  |
| <input type="checkbox"/> Depressionen          | <input type="checkbox"/> Suizid          | <input type="checkbox"/> Migräne            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskh. |
| <input type="checkbox"/> M. Crohn/ C. ulcerosa | <input type="checkbox"/> Andere: _____   |   |   |

## Impfungen

**1. Welche Impfungen haben Sie erhalten? (Bitte Impfpass mitbringen)**

- |                                      |                                     |  |                                    |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB         | <input type="checkbox"/> Pocken     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten           | <input type="checkbox"/> Grippe    |
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Covid-19              | <input type="checkbox"/> Andere:   |

**2. Gab es Impfreaktionen?**

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber          | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schwellungen            |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe  | <input type="checkbox"/> Grippeähnliche Symptome |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____   |                                  |  |

## Emotionen

1.

- |  |                          |                             |                              |                            |
|--|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie berührungsempfindlich?                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Halten Sie enge Räume aus? (z.B. Fahrstühle)   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an Konzentrationsmangel?            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie müde und erschöpft?                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie betrübt / bedrückt / traurig?         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie schnell gereizt?                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle-Konflikt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport?                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie leicht?                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie nachts?                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Alpträume?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |
| Frieren Sie schnell?                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> öfter | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nein |

2. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich zurzeit?

- sehr belastbar     normal belastbar     mäßig belastbar     nicht belastbar

3. Wie ist / war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- sehr gut                       gut                               mäßig                               schlecht

4. Haben Sie einen Partner bzw. Partnerin?

- ja                                       nein

Wenn ja, wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- sehr gut                       gut                               mäßig                               schlecht

Wenn nein, sind Sie Single und ...

- ... das ist auch gut so                                       .... Sie hätten gerne einen neuen Partner bzw. Partnerin
- ... sind geschieden oder leben in Scheidung

6. Was sind Ihre Hobbies?

---



---

7. Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden und fühlen sich erfolgreich?

- trifft voll zu                       ich komme zurecht                       ich bin unzufrieden                       ich bin sehr unzufrieden und leide unter der Situation

8. Sind Sie glücklich?

- ja                                       meistens                               öfter nicht                               nein

## Ernährung

1. Wie viele Liter trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

2. Was trinken Sie überwiegend? \_\_\_\_\_

3. Welche Nahrungsmittel essen Sie regelmäßig?

- |                                     |                                   |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Milchprodukte | <input type="radio"/> Süßigkeiten | <input type="radio"/> Weißmehlprodukte | <input type="radio"/> Kuchen             |
| <input type="radio"/> Eier          | <input type="radio"/> Zucker      | <input type="radio"/> Nüsse            | <input type="radio"/> Zuckerersatzstoffe |

4. Auf welche Lebensmittel können Sie nur ungern verzichten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Wonach haben Sie Verlangen?

- |                              |                               |                               |                                  |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> süß    | <input type="radio"/> sauer   | <input type="radio"/> pikant  | <input type="radio"/> bitter     |
| <input type="radio"/> salzig | <input type="radio"/> scharf  | <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Eier       |
| <input type="radio"/> Obst   | <input type="radio"/> Nikotin | <input type="radio"/> Alkohol | <input type="radio"/> Sonstiges: |

6. Wonach haben Sie eine Abneigung?

- |                              |                               |                               |                                  |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> süß    | <input type="radio"/> sauer   | <input type="radio"/> pikant  | <input type="radio"/> bitter     |
| <input type="radio"/> salzig | <input type="radio"/> scharf  | <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Eier       |
| <input type="radio"/> Obst   | <input type="radio"/> Nikotin | <input type="radio"/> Alkohol | <input type="radio"/> Sonstiges: |

7. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?  ja  nein

Wenn ja, nach welchen? \_\_\_\_\_

8. Wurden Sie gestillt (falls bekannt)?  ja  nein

9. War Ihre Geburt eine natürliche (falls bekannt)?  ja  nein

## Schlaf

1. Was trifft auf Ihren Schlaf zu?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> guter Schlaf                               | <input type="radio"/> Einschlafschwierigkeiten                  | <input type="radio"/> Schlafapnoe        |
| <input type="radio"/> Schlaflosigkeit                            | <input type="radio"/> lebhafte Träume                           | <input type="radio"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="radio"/> Zähneknirschen                             | <input type="radio"/> Zähnebeißen / -pressen                    | <input type="radio"/> heiße Füße         |
| <input type="radio"/> Nachtschweiß                               | <input type="radio"/> Unruhige Beine                            | <input type="radio"/> kalte Füße         |
| <input type="radio"/> häufiges Aufwachen (um wieviel Uhr: _____) | <input type="radio"/> nächtliches Wasserlassen (wie oft: _____) | <input type="radio"/> Sonstiges: _____   |

2. Welche ist Ihre Schlaflage?

- |                               |                              |                                       |                                    |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bauch   | <input type="radio"/> Rücken | <input type="radio"/> linke Seite     | <input type="radio"/> rechte Seite |
| <input type="radio"/> sitzend | <input type="radio"/> kniend | <input type="radio"/> zusammengerollt |                                    |

3. Wann ist Ihre gewöhnliche Schlafenszeit?

Übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_ Übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

## Kopf

**1. Leiden Sie unter Kopfschmerzen**  ja  nein **oder Migräne?**  ja  nein

häufig  ab und zu  ganz selten  nie

**Wenn ja, wann, wo und wie?**

morgens  abends  über den Tag

Stirn-Augen-Schlafenregion  Hinterhauptsregion  
 halbseitig rechts  halbseitig links  beidseitig

wandernd von links nach rechts  wandernd von rechts nach links

mit Übelkeit  mit Erbrechen

mit Licht- / Lärm- / Geruchsempfindlichkeit  mit Aura

**2. Was sind die Auslöser Ihrer Kopfschmerzen / Migräne?**

---



---

**3. Was verbessert Ihre Kopfschmerzen / Migräne?**

---



---

**4. Was verschlechtert Ihre Kopfschmerzen / Migräne?**

---



---

**5. Gibt es Probleme mit der Kopfhaut / den Haaren?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haarausfall  kreisrunder  vereinzelter  Schuppen

Kopfhautjucken  seit wann? \_\_\_\_\_

**6. Gibt es Probleme mit den Augen?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

Bindehautentzündung  Kurzsichtigkeit  Weitsichtigkeit  Sehstörungen

Lichtscheue  Lidveränderungen  Tränenfluss  Brennen / Schmerz

Fremdkörpergefühl  Nachtblindheit  grüner Star  grauer Star

Farbphänomene  Brille / Kontaktlinsen seit: \_\_\_\_\_

**7. Gibt es Probleme mit den Ohren?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

- Schmerzen links  Schmerzen rechts  halbseitig  schwerhörig  
(seit wann: \_\_\_\_\_)
- Ohrengeräusche  Ohrendruck  Mittelohrentzündung  Absonderungen

**8. Gibt es Probleme mit dem Mund, den Zähnen oder dem Kiefer?**  ja  nein

Wenn ja, welche?

- häufige Zahnarztbesuche  wurzelbehandelte Zähne  tote Zähne  
 Implantate, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_  Kronen, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_  Brücken, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_
- Zahnfleischentzündungen  Zahnfleischbluten  Weißheitszähne  
 Zungenbrennen  Geschmacksstörungen  Speichelfluss  
 Kaustörungen  Nächtliches Knirschen  Lippen-Herpes

Empfindliche Zähne auf:  heiß  kalt  süß  anderes: \_\_\_\_\_

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?  ja  nein  wann: \_\_\_\_\_

Falls ja, wurde anschließend entgiftet?  ja  nein

Füllungen:  Amalgam  Gold  Titan  Kunststoff  Keramik  \_\_\_\_\_

**9. Gibt es Probleme mit der Nase? Welche?**

- Operationen  Heuschnupfen  Allergien auf: \_\_\_\_\_
- Atmung behindert  Nase verstopft  häufige Nebenhöhlenentzündungen
- Polypen  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Absonderungen:  blutig  wässrig  schleimig  grünlich  eitrig

**10. Gibt es Probleme mit dem Hals? Welche?**

- Halsschmerzen  Schluckbeschwerden  Heiserkeit  
 Sprechstörungen  Schwellungen  Knoten am Hals  
 Nackenschmerzen  Bewegungseinschränkungen

**11. Gibt es Probleme mit den Mandeln? Welche?**

- Entfernung  häufige Mandel-Entzündungen  Mandelentzündungen als Kind  später: \_\_\_\_\_

**11. Gibt es Probleme mit der Schilddrüse?**

- Überfunktion  Unterfunktion  Vergrößerung  Entzündung  
 Operation (wann: \_\_\_\_\_)  Sonstige: \_\_\_\_\_

Falls Medikamente eingenommen werden, welche? \_\_\_\_\_



## Brustorgane – Bauchorgane – Verdauung

<b>Brust</b>	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Brustveränderung <input type="radio"/> Knoten	<input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> Brustwarzenveränderung <input type="radio"/> Hautveränderung	<input type="radio"/> Entzündung <input type="radio"/> Sekretion
<b>Herz-Kreislauf</b>	<input type="radio"/> Brustschmerzen <input type="radio"/> Infarkt <input type="radio"/> Herzrasen <input type="radio"/> Hypertonie <input type="radio"/> Hämorrhoiden <input type="radio"/> Ulcus cruris	<input type="radio"/> Stechen <input type="radio"/> Beklemmung <input type="radio"/> Herzklopfen <input type="radio"/> Hypotonie <input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> Claudicatio intermittens	<input type="radio"/> Druckgefühl <input type="radio"/> Rhythmusstörungen <input type="radio"/> Angina pectoris <input type="radio"/> Zyanosezeichen <input type="radio"/> Wadenkrämpfe
<b>Lunge/Atmung</b>	<input type="radio"/> Bronchitis <input type="radio"/> Kurzatmigkeit <input type="radio"/> Atemnot	<input type="radio"/> häufiges Husten <input type="radio"/> Einatembeschwerden <input type="radio"/> Todesangst	<input type="radio"/> Auswurf <input type="radio"/> Ausatembeschwerden
<b>Leber</b>	<input type="radio"/> Entzündungen	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> _____
<b>Galle</b>	<input type="radio"/> Steine <input type="radio"/> Oberbauch-Druck	<input type="radio"/> Koliken <input type="radio"/> Fettunverträglichkeit	<input type="radio"/> Operation <input type="radio"/> _____
<b>Magen/ Verdauung</b>	<input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Nüchternschmerz	<input type="radio"/> Gastritis <input type="radio"/> Nahrungsmittelallerg- gie/-unverträglichkeit <input type="radio"/> Schmerz nach Essen	<input type="radio"/> Übelkeit <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Aufstoßen <input type="radio"/> Koliken
<b>Bauchspeichel- drüse</b>	<input type="radio"/> Entzündungen	<input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ __	<input type="radio"/> _____
<b>Darm</b>	<input type="radio"/> Infektionen <input type="radio"/> Bauchschmerzen <input type="radio"/> Blinddarm-OP	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Darmkrämpfe <input type="radio"/> Hämorrhoiden	<input type="radio"/> Blähungen, Geruch nach: _____
<b>Stuhlgang</b>	<input type="radio"/> täglich ____ mal <input type="radio"/> Durchfall-Neigung <input type="radio"/> Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="radio"/> wöchentlich ____ mal <input type="radio"/> oft Verstopfung <input type="radio"/> Geruch nach: _____	<input type="radio"/> unregelmäßig <input type="radio"/> Blut <input type="radio"/> Würmer
<b>Stuhlfarbe</b>	<input type="radio"/> hell	<input type="radio"/> dunkel	<input type="radio"/> übelriechend
<b>Konsistenz</b>	<input type="radio"/> hart <input type="radio"/> schmierig <input type="radio"/> blutig	<input type="radio"/> knollig <input type="radio"/> pastenartig <input type="radio"/> schleimig	<input type="radio"/> weich <input type="radio"/> kann nicht halten <input type="radio"/> unverdaut

**Extremitäten – Rücken – Haut/Nägel – Blut/Lymph – Muskeln/Skelett – Neuro/Psych.**

<b>Arme</b>	<input type="radio"/> Verletzungen <input type="radio"/> kalte Hände <input type="radio"/> Karpaltunnels.	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Arthrose <input type="radio"/> Tennisellenbogen	<input type="radio"/> Kribbeln <input type="radio"/> Arthritis <input type="radio"/> _____
<b>Beine</b>	<input type="radio"/> Verletzungen <input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> kalte Füße	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Taubheitsgefühl <input type="radio"/> feuchte Füße	<input type="radio"/> Kribbeln <input type="radio"/> Operationen <input type="radio"/> Fußpilz
<b>Rücken</b>	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Verspannungen <input type="radio"/> Unbeweglichkeit <input type="radio"/> Bandscheiben- vorfall	<input type="radio"/> Verletzungen <input type="radio"/> Rheuma <input type="radio"/> Belastungen <input type="radio"/> Ischias	<input type="radio"/> Operationen <input type="radio"/> Osteoporose <input type="radio"/> Hexenschuss <input type="radio"/> Skoliose
<b>Haut</b>	<input type="radio"/> Hautjucken <input type="radio"/> Verbrennungen <input type="radio"/> Pilzinfektion <input type="radio"/> Warzen <input type="radio"/> Schuppenflechte	<input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Narben <input type="radio"/> Farbveränderung <input type="radio"/> Akne <input type="radio"/> Neurodermitis	<input type="radio"/> Ausschlag <input type="radio"/> Geschwüre <input type="radio"/> Strukturveränderung <input type="radio"/> Gürtelrose <input type="radio"/> Narben
<b>Nägel</b>	<input type="radio"/> Tüpfelungen <input type="radio"/> eingewachsene Nägel <input type="radio"/> Nagelpilz	<input type="radio"/> Eindellungen <input type="radio"/> brüchige Nägel	<input type="radio"/> Quer-/Längsrillen <input type="radio"/> eingerissene Nagelhaut
<b>Blut</b>	<input type="radio"/> häufige und viele blaue Flecken	<input type="radio"/> schlechte Wund- Heilung	<input type="radio"/> Verletzungsblutungen länger 5 Min.
<b>Lymph</b>	<input type="radio"/> Knoten am Hals <input type="radio"/> Blässe	<input type="radio"/> Knoten unter den Achseln	<input type="radio"/> Knoten in der Leiste
<b>Muskel- und Skelettsystem</b>	<input type="radio"/> Steifigkeit <input type="radio"/> Knochenschmerz <input type="radio"/> Muskelschwäche	<input type="radio"/> Kältegefühl <input type="radio"/> Gelenkschmerzen <input type="radio"/> Bewegungsschmerz	<input type="radio"/> Muskelschmerzen <input type="radio"/> Gelenkschwellungen
<b>Neurologisches System</b>	<input type="radio"/> Schwindel <input type="radio"/> Krafteinschränkung <input type="radio"/> Parästhesien <input type="radio"/> Ohnmacht	<input type="radio"/> Gleichgewichtsstrg, <input type="radio"/> Schwächegefühl <input type="radio"/> Krämpfe <input type="radio"/> Benommenheit	<input type="radio"/> Bewegungsstörung <input type="radio"/> Paresen <input type="radio"/> Zittern <input type="radio"/> Bewusstlosigkeit
<b>Psychisches System</b>	<input type="radio"/> Konzentrationsstrg. <input type="radio"/> Antriebsstörung <input type="radio"/> Depressionen <input type="radio"/> Erregbarkeit	<input type="radio"/> Merkfähigkeitsstrg. <input type="radio"/> Gefühlsstörungen <input type="radio"/> Euphorie <input type="radio"/> Aufregungen	<input type="radio"/> Denkfähigkeitsstrg. <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen <input type="radio"/> Unruhezustände <input type="radio"/> Ängste

Regelmäßig genutzte Cremes/ Kosmetika: \_\_\_\_\_

**Gynäkologischer / Urologischer Bereich Frauen**

<b>Niere/Blase</b>	<input type="radio"/> Nierensteine <input type="radio"/> Nierenschmerzen	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Lumbalschmerzen	<input type="radio"/> Nierenzysten
--------------------	---	---	------------------------------------

<b>Harn</b>	<input type="radio"/> viel <input type="radio"/> Startschwierigkeiten <input type="radio"/> Inkontinenz <input type="radio"/> ständiger Harndrang <input type="radio"/> nächtliches Wasserlassen	<input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> Geruch: _____ <input type="radio"/> Harnstottern <input type="radio"/> Brennen beim Wasserlassen <input type="radio"/> Restharn	<input type="radio"/> häufig <input type="radio"/> Färbung: _____ <input type="radio"/> Tröpfeln <input type="radio"/> Schmerzen beim Wasserlassen
<b>Gynäkologischer Bereich</b>	<input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Geburten/ Zahl: _____ <input type="radio"/> Myome <input type="radio"/> Endometriose <input type="radio"/> Schwangerschaftserkrankungen <input type="radio"/> bekannte Organverlagerung	<input type="radio"/> Eierstockentzündung <input type="radio"/> Fehlgeburten/ Zahl: _____ <input type="radio"/> Zysten <input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten, welche: _____ <input type="radio"/> bekannte Organ-Senkung	<input type="radio"/> Ausschabungen <input type="radio"/> Abtreibungen <input type="radio"/> Tumore <input type="radio"/> Juckreiz im Intimbereich <input type="radio"/> Operationen
<b>Ausfluss</b>	<input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> gelblich <input type="radio"/> wundmachend	<input type="radio"/> stark <input type="radio"/> rosa/blutig <input type="radio"/> übelriechend	<input type="radio"/> weiß <input type="radio"/> färbt die Wäsche <input type="radio"/> _____
<b>Menstruation</b>	<input type="radio"/> 1. Menstruation: _____ <input type="radio"/> Menstruationsdauer: _____	<input type="radio"/> regelmäßig (Zyklus-Dauer: _____) <input type="radio"/> Datum der letzten Menstruation: _____	<input type="radio"/> unregelmäßig
<b>Blutungen sind</b>	<input type="radio"/> hell <input type="radio"/> braun <input type="radio"/> sehr schmerzhaft	<input type="radio"/> dunkel <input type="radio"/> sehr lang <input type="radio"/> sehr schwach <input type="radio"/> Zwischenblutungen	<input type="radio"/> klumpig <input type="radio"/> sehr stark <input type="radio"/> sehr kurz
<b>Wechseljahre Sexualität</b>	<input type="radio"/> begonnen <input type="radio"/> vermindert <input type="radio"/> Schmerzen beim GV	<input type="radio"/> mittendrin <input type="radio"/> verstärkt <input type="radio"/> Blutungen beim GV	<input type="radio"/> vorbei <input type="radio"/> unbefriedigt
<b>Verhütung</b>	<input type="radio"/> Kondom <input type="radio"/> 3-Monats-Spritze	<input type="radio"/> Pille <input type="radio"/> Nuva-Ring	<input type="radio"/> Spirale <input type="radio"/> _____
<b>1. Leiden Sie vor der Periode unter Brustspannung?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
<b>2. Leiden Sie vor der Periode unter Hungerattacken?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
<b>3. Leiden Sie vor der Periode unter Kopfschmerzen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
<b>4. Leiden Sie vor der Periode unter Durchfall?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
<b>5. Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>6. Bestehen Menstruationsstörungen?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, in welcher Art und Weise? _____			
<b>7. Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> vielleicht	<input type="radio"/> nein

## Urologischer Bereich Männer

- |                               |  |   |   |
|-------------------------------|--|---|---|
| <b>Niere/Blase</b>            | <input type="radio"/> Nierensteine<br><input type="radio"/> Nierenschmerzen  | <input type="radio"/> Entzündungen<br><input type="radio"/> Lumbalschmerzen   | <input type="radio"/> Nierenzysten  |
| <b>Harn</b>                   | <input type="radio"/> viel<br><input type="radio"/> kann nicht Halten<br><input type="radio"/> ständiger Harn-<br>drang<br><input type="radio"/> nächtliches<br>Wasserlassen | <input type="radio"/> wenig<br><input type="radio"/> Geruch:<br>_____<br><input type="radio"/> Brennen beim Wasser-<br>lassen | <input type="radio"/> häufig<br><input type="radio"/> Färbung:<br>_____<br><input type="radio"/> Schmerzen beim<br>Wasserlassen |
| <b>Prostata/<br/>Urologie</b> | <input type="radio"/> vergrößert<br><input type="radio"/> Geschlechts-<br>Krankheiten  | <input type="radio"/> Beschwerden beim<br>Wasserlassen<br><input type="radio"/> Operationen                                   | <input type="radio"/> Entzündungen<br><input type="radio"/> Inkontinenz   |

- |   |                          |                                |                            |
|---|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <b>1. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht vollständig entleert ist?</b> | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| <b>2. Müssen Sie innerhalb von 2 Stunden oft ein zweites Mal Wasser lassen?</b>                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| <b>3. Müssen Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und neu beginnen?</b>                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| <b>4. Haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?</b>                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| <b>5. Haben Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?</b>   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| <b>6. Müssen Sie sich anstrengen und pressen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?</b>                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> nein |
| <b>7. Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung der Prostata?</b>                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein     |                            |

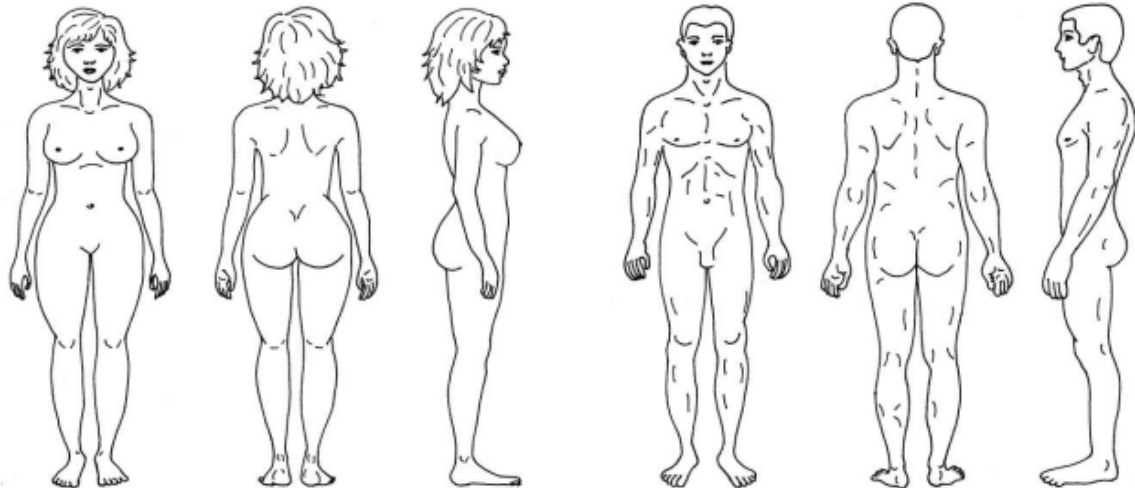
Falls ja, die letzte Untersuchung war am: \_\_\_\_\_

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| <b>8. Mein PSA-Wert war schon einmal erhöht</b> | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|---|--------------------------|----------------------------|

## Schmerzfragen

### 1. Wo treten die Schmerzen auf? Bitte anzeichnen!

Kreuz (X) = punktförmiger Schmerz / Linie (--) = unklare Lokalisation / Pfeil (→) = ausstrahlender Schmerz



2. Auf einer Schmerzskala von 1 – 10, wobei 1 ein sehr schwacher Schmerz ist und 10 der stärkste Schmerz, wo liegt Ihr Schmerzempfinden? \_\_\_\_\_

3. Seit wann besteht der Schmerz? \_\_\_\_\_

4. Gab es ein auslösendes Ereignis? \_\_\_\_\_

### 5. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- immer                       mehrmals täglich       alle paar Tage               wöchentlich  
 seltener                       \_\_\_\_\_

### 6. Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend                       brennend                       stechend                       klopfend  
 drückend                       krabbelnd                       reißend                       kolikartig  
 krampfend                       dumpf                       beengend                       bohrend

### 7. Welche Ereignisse verschlimmern?

- körperl. Belastung               längeres Stehen               sitzen                       gehen  
 Stress                       Kälte                       Wärme                       Nahrungsmittel  
 Husten                       Niesen                       Tageszeit                       Wetterlage  
 Periode

### 8. Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe                       Schlaf                       Bewegung                       Sport  
 Kälte                       Wärme                       Schmerzmittel                       Urlaub

**9. Andere Symptome zum Schmerz**

- |                                       |  |   |  |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="radio"/> Hautrötung      | <input type="radio"/> Blässe                 | <input type="radio"/> Schwellung                | <input type="radio"/> Schweißbildung   |
| <input type="radio"/> Seh-/Hörstörung | <input type="radio"/> Müdigkeit              | <input type="radio"/> Muskelschwäche            | <input type="radio"/> Gangunsicherheit |
| <input type="radio"/> Schwindel       | <input type="radio"/> Bewegungseinschränkung | <input type="radio"/> Berührungsempfindlichkeit |  |

**10. Wie erfolgte die bisherige Schmerzbehandlung?** \_\_\_\_\_

**11. Wie erfolgreich war die bisherige Schmerzbehandlung?** \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mühe! 😊**

Falls Sie weitere Anmerkungen, Informationen oder Wünsche haben, für die Sie im Fragebogen keinen Platz gefunden haben, können Sie dafür gerne folgende Zeilen nutzen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich freue mich auf Sie, und dass ich Sie ein Stück auf Ihrem Weg zu Ihrem Wohlbefinden und zu Ihrer Gesundheit begleiten darf.

Ihr

