

NATURHEILKUNDLICHE ANAMNESE

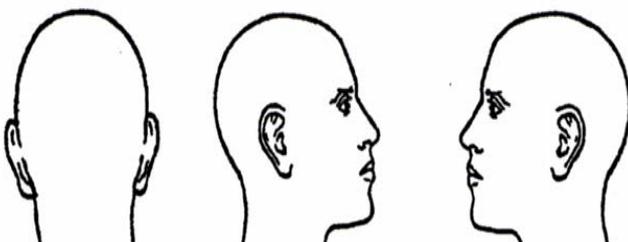
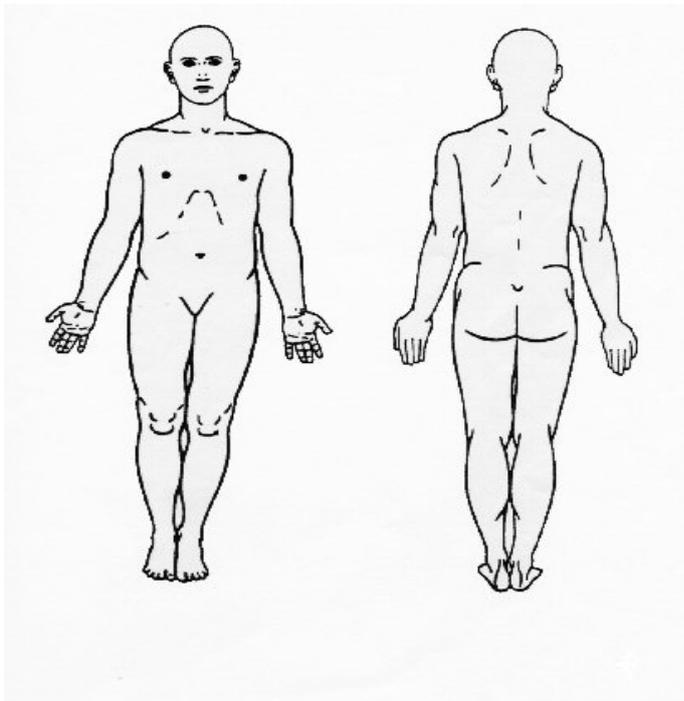
Name: _____ geb.: _____ Datum: _____

Adresse: _____ Krankenkasse: _____

Was gibt es für aktuelle Beschwerden/Schmerzen/Störungen?

Was ist ihr Wunsch, was ist ihr Ziel?

Bitte markieren Sie stattgehabte Operationen / Knochenbrüche / Schmerzgebiete
in der Schemazeichnung:



Gibt es längerwierige / schwere Erkrankungen in der Vorgeschichte,
Hepatitis, Tbc, häufige Infektionen o.ä.? Wenn ja, welche? Wie wurde behandelt?

Ernährung:

Essen Sie viel Fleisch/Wurst (täglich)?

Kennen Sie Heißhunger? Auf was?

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Essen Sie viel Milch/Joghurt/Quark/Käse?
Wie vertragen Sie das?

Haben Sie eine besondere Ernährungsform (z.B. Vegetarier)?

Verdauung:

Wie ist der Stuhlgang? (fest, weich, breiig, wässrig, hell, dunkel mit Unverdauten Nahrungsbestandteilen, schleimig, übelriechend, mit Blut?)

Durchfall? Verstopfung?

Gibt es viel Blähungen? Sind diese schmerzhaft?

Appetitlosigkeit?

Völlegefühl? Magendruck?

Müdigkeit nach dem Essen?

Sind Haemorrhoiden bekannt?

Wasserlassen:

Haben Sie Schmerzen / Brennen / Ziehen beim Wasserlassen?

Schwierigkeiten mit dem Wasserhalten?

Ist der Urin: Hell , konzentriert , dunkel , trübe , übelriechend?

Schlaf:

- Schlafen Sie gut?
- Schlafen Sie erholsam?
- Gibt es Einschlafstörungen?
- Gibt es Durchschlafstörungen?

Menstruation:

- Periodenblutung regelmäßig? In welchen Abständen? Wie lange?
- Stark / schwach / klumpig / mit Schleimfäden / schmerzhaft / dunkel?
- Schmierblutungen / Ausfluss / Wenn ja, welche Farbe und Beschaffenheit?
- Spannen oder schmerzen die Brüste?
- Gibt es Beschwerden im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus?
- Verstärkte Müdigkeit / Aufgedunsensein / Gereiztheit vor oder nach der Periode?

Prostata:

- Ist eine vergrößerte **Prostata** bekannt?
- Gab oder gibt es Prostataentzündungen?
- Wurde der PSA-Wert bestimmt? Wann?

Zähne:

- Gibt es Entzündungen im Zahnbereich / Zahnfleisch? Wo?
- Zahnfüllungen wo und womit?
- Kronen wo und aus welchem Material?
- Wurzelbehandelte Zähne? Wo?
- Ist eine Amalgamentfernung erfolgt? Wann? Wurde ausgeleitet (nach-entgiftet)?

Psyche:

Sind Sie zur Zeit schnell gereizt / schreckhaft / angespannt?

Leiden Sie unter Ängsten / Ärger / Wut / Zorn / Traurigkeit?

Haben Sie Depressionen? Wenn ja, mit innerer Unruhe / mit Antriebslosigkeit?

Gibt oder gab es einschneidende Erlebnisse, die Ihnen an die „Substanz“ gingen / gehen?
Wenn ja, wann und welche?

Gibt es häufig Entscheidungsschwierigkeiten?

Was machen Sie beruflich?

Allgemeines:

Größe:

Gewicht:

Nikotin: (wie viel zur Zeit)?

Haben Sie früher geraucht?

Alkohol: (Was: Bier, Wein, Schnaps, o.ä.) Wieviel?

Frieren Sie viel? Hitzewallungen?

Vertragen Sie Hitze oder Kälte gut?

Kalte Hände und/oder Füße?

Durchblutungsstörungen?

Herzrasen/Herzstolpern/Engegefühl oder Druckgefühl in der Brust?

Mundtrockenheit? Viel Durst? Wenig Durst?

Komischer (bitterer, fauliger, fader, metallischer) Mundgeschmack?

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? (Bitte inklusive Schlafmittel und Vitamine, homöopathische Mittel, Mineralstoffe, o.ä.)

Medikament	Dosierung

Allergien:

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja unter welchen?

Wie wurden die Allergien bisher behandelt?

Umgebung:

Haben Sie in den letzten Monaten (Jahren) häufig oder großflächig mit Klebstoffen, Holzschutzmitteln / Farben / Lacken / Benzin / Lösungsmittel / chemischen Giften Umgang gehabt (z.B. Wohnungsrenovierung)?

Wohnen Sie in einem sog. Altbau (vor 1935) oder Neubau?

Gibt es Schimmel (Bad / Wände) in Ihrer Umgebung?

Arbeiten Sie am Computer? Wie viele Stunden ungefähr pro Tag?



Dr. med. A.Wessel / Dr. med. F.Wurms
Freie-Vogel-Straße 367, 44269 Dortmund
Tel: 0231 6186741, Fax: 0231 6186742, E-Mail: dortmund@dr-wurms.de

Zum Schluss noch eine für uns interessante Frage:

Wer hat Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht?

- 0 Hausarzt
- 0 Onkologe/Facharzt
- 0 Freunde/Bekannte
- 0 Internet
- 0 Selbsthilfegruppe
- 0 -----