SINNESWANDEL
PRAXIS FÜR KREATIVE HOMÖOPATHIE®

Birgit Schlake Heilpraktikerin Mittelstraße 22, 27239 Twistringen
Tel.: 04243 - 971256 Mobil: 0171 - 1783391

Anamnese-Fragebogen

Datum:	Patienten-Nr.

Name:		Vorname:	
Straße:		Wohnort:	
E-Mail:		Tel.-Nr. - privat -	
Mobil:		Tel.-Nr. -geschäftl. -	

Geburtsdatum:		Beruf:	
Anzahl Kinder:		Familienstand:	☒ ledig
Haarfarbe:			☐ verheiratet
Gewicht in kg:			☐ geschieden
Größe in cm:			

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern? Vater: ____ Jahre Mutter: ____ Jahre

Wieviele Geschwister haben Sie? ____ Als wievieltes Kind wurden Sie geboren? ____

Krankenkasse:	Beihilfe: ☐ Ja
Gesetzlich versichert: ☐ Ja	Privat versichert: ☐ Ja

Allgemeine Notizen:

1. Notieren Sie ihre Beschwerden. Nach selbstempfundener Dringlichkeit.	Seit wann?	Welche **Tages**- & **Jahreszeit** am schlechtesten?
1		
2		
3		
4		.
5		
6		
7		

1 a. An welchen Körperstellen?	Wodurch **besser?**	Wodurch **schlechter?**
zu 1		
zu 2		
zu 3		
zu 4		
zu 5		
zu 6		
zu 7		

1 b. bei **Schmerzen** – bitte die Qualität des Schmerzes genau beschreiben:	
z.B. stechend, ziehend, drückend, brennend, schneidend, reißend, klopfend, schießend, pulsierend, Inzierend, krampfend, andauernd, anfallsweise, heftig, wie wund, unerträglich, periodisch, wandernd, taub, Ameisenlaufen, prickelnd, bohrend, o.ä.	
Beschreibung des Schmerzes:	**Wohin ausstrahlend ?**
zu	
zu	
zu	
zu	

2. Hatten Sie unmittelbar vor ihren jetzigen Beschwerden irgendeine Erkrankung, Zeckenbiss, Fieber, Unfall, Erkältungen, Medikamente ?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?
a. Hatten Sie Trauer, Kummer, Schreck oder eine andere seelische Belastung?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?
b. Haben Sie Probleme am Arbeitsplatz, mit Kollegen, oder Ihrer Tätigkeit?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?
3. Welche allgemeinen Krankheiten hatten Sie schon?	☐ Allergie ☐ Erfrierung ☐ Erkältung ☐ Furunkel ☐ Herpes ☐ Krebs ☐ Lymphkrankheiten ☐ Medikamentenempfindlichkeit Bitte nähere Angaben:
4. Welche Organerkrankungen haben Sie durchgemacht?	☐ Kopf ☐ Augen ☐ Ohren ☐ Nase ☐ Stirn- o. Kieferhöhle ☐ Hals ☐ Mandeln ☐ Schilddrüse ☐ Herz ☐ Lunge ☐ Magen ☐ Darm ☐ Leber ☐ Galle ☐ Bauchspeicheldrüse ☐ Milz ☐ Nieren ☐ Blase ☐ Gebärmutter ☐ Eierstöcke ☐ Brustdrüse ☐ Prostata ☐ Haut ☐ Haare ☐ Nägel ☐ Muskeln ☐ Gefäße ☐ Krampfadern ☐ Knochen ☐ Gelenke ☐ Wirbelsäule ☐ Blut ☐ Drüsen ☐ Nerven ☐ Genitalien ☐ Sonstige Bitte nähere Angaben:
5. Welche Operationen sind an Ihnen vorgenommen worden?	☐ Kopf ☐ Augen ☐ Ohren ☐ Nase ☐ Stirn- o. Kieferhöhle ☐ Kiefer ☐ Mandeln ☐ Schilddrüse ☐ Herz ☐ Lunge ☐ Magen ☐ Darm ☐ Galle ☐ Nieren .☐ Blase ☐ Gebärmutter ☐ Eierstöcke ☐ Prostata ☐ Brustdrüse ☐ Krampfadern .☐ Wirbelsäule ☐ Sonstige Bitte nähere Angaben:
6. Welche Verletzungen hatten Sie?	☐ Gehirnerschütterung ☐ Geburtsverletzung ☐ Schreck ☐ Knochenbrüche ☐ Unfall ☐ Erfrierung ☐ Verbrennung ☐ Vergiftung ☐ Kriegsverletzung ☐ Sonstige Bitte nähere Angaben:

7. Hatten oder haben Sie Beschwerden mit Ihrer Haut?	☐ Akne ☐ Bläschen ☐ Ekzem ☐ Erysipel ☐ Exanthem ☐ Flecke ☐ Furunkel ☐ Herpes ☐ Knötchen ☐ Krusten ☐ Mitesser ☐ Pickel ☐ Pusteln ☐ Petechien ☐ Risse ☐ Schorf ☐ Bisse ☐ Urtikaria ☐ Sonstige Bitte nähere Angaben (Körperteil und Seite):
a. Wie sieht der Ausschlag aus?	☐ sich ausbreitend ☐ entzündet ☐ erhaben ☐ nässend ☐ trocken ☐ rissig ☐ schuppig ☐ Farbe: ☐ Sonstige
b. Wie fühlt sich der Ausschlag an?	☐ schmerzhaft ☐ brennend ☐ heiß ☐ juckend ☐ Sonstiges
c. Wodurch besser, wodurch schlechter?	

8. Zähne - Haben Sie:	☐ Brücken ☐ Kronen ☐ Plomben ☐ fehlende Zähne ☐ Parodontose ☐ Zahnfleischbluten ☐ Aphten ☐ Sonstiges

9. Gemütszustand: Haben Sie Ängste?	☐ Alleinsein ☐ Autofahren ☐ Brücken ☐ Dunkelheit ☐ Feuer ☐ Fliegen ☐ Gewitter ☐ Höhenangst ☐ Menschen ☐ Platzangst ☐ Schlangen .☐ Spinnen ☐ Streit ☐ Tod ☐ um die Gesundheit ☐ vor dem Einschlafen ☐ Sonstige
a. allgemeine Stimmungslage:	☐ aggressiv ☐ ängstlich ☐ depressiv ☐ einsam ☐ euphorisch ☐ gleichgültig ☐ hilflos ☐ hysterisch ☐ impulsiv ☐ isoliert ☐ Liebeskummer ☐ misstrauisch ☐ nervös ☐ traurig ☐ verwirrt ☐ unverstanden ☐ vergesslich ☐ Sonstige

10. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?	☐ Diphterie ☐ Keuchhusten ☐ Kinderlähmung ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber ☐ Röteln ☐ Scharlach ☐ Tetanus ☐ Windpocken ☐ Geschlechtskrankheiten ☐ Malaria ☐ Parathyphus ☐ Papilloma Viren ☐ Ruhr ☐ Thyphus ☐ Tuberkulose ☐ Sonstige
11. Welche Impfungen haben Sie bekommen?	☐ Diphterie ☐ FSME (Zecken) ☐ Grippe ☐ HIB(Hirnhautentzündung) ☐ HPV ☐ Hepatitis A ☐ Hepatits B ☐ Diphterie ☐ Keuchhusten ☐ Kinderlähmung ☐ Masern ☐ Meningokokken ☐ Mumps ☐ Pocken ☐ Röteln ☐ Scharlach ☐ Tetanus ☐ Tuberkulose ☐ Thyphus ☐ Windpocken ☐ Sonstige

12. Welche Krankheiten in Ihrer Familie (Blutverwandtschaft) sind Ihnen bekannt? m für mütterlicher seits, v für väterlich bitte eintragen	☐ Asthma ☐ Bronchitis ☐ Epilepsie ☐ Geisteskrankheit ☐ Gefäßkrankheiten ☐ Herz ☐ Krebs ☐ Multiple Sklerose ☐ Schlaganfall ☐ Suizid ☐ Steinkrankheiten ☐ Rheumatismus ☐ Tuberkulose ☐ Zuckerkrankheit ☐ Sonstige Bitte nähere Angaben:

13. Fällt Ihnen etwas Besonderes aus Ihrer Kindheit ein?	Mein schönstes Erlebnis: Mein schlimmstes Erlebnis:
14. Wie verstehen (verstanden) Sie sich mit Ihren Eltern?	
15. Was fällt Ihnen zu Ihren Eltern ein?	Vater: Mutter:
16. Zu welchem Elternteil haben Sie die bessere Beziehung ?	
17. Sind Sie mit beiden Elternteilen aufgewachsen?	☐ Ja ☐ Nein Wenn nein, bei welchem?
18. Gab es schon einen Sterbefall in Ihrer Familie?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche Person und wodurch?
19. Wie verstehen Sie sich mit Ihrem Partner?	

20.Wie steht es mit Ihrem Schlaf?	☐ gut ☐ schlecht ☐ schlecht einschlafen ☐ nicht durchschlafen ☐ unruhig ☐ aufschreien ☐ reden ☐ hochliegend ☐ Zähneknischend ☐ zusammengerollt ☐ ausgestreckt ☐ 1 Bein angezogen ☐ Bauch ☐ Rücken ☐ Kopf zugedeckt ☐ Füsse heraushängend ☐ sitzend ☐ links ☐ rechts ☐ Sonstiges
21. Haben Sie oft schwere Träume?	☐ Ja Wenn ja, welche?

22. Zu welcher Tages- / Nachtzeit fühlen Sie sich am schlechtesten?	☐ morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts ☐ bestimmte Uhrzeit Wenn ja, welche:
23. Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten?	☐ Frühling ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter

24. Temperaturempfinden Wo fühlen Sie sich wohler?	☐ im warmen Zimmer ☐ im Freien ☐ bei offenem Fenster
a. Was vertragen Sie nicht?	☐ Sonne ☐ Hitze ☐ Ofen ☐ Bäder ☐ trockene Kälte ☐ feuchte Kälte ☐ warme Umschläge ☐ kalte Umschläge
b. Sind Sie wetterempfindlich?	☐ Regen ☐ Nebel ☐ Schnee ☐ Wind ☐ Wind ☐ Gewitter ☐ Zugluft ☐ Föhn ☐ Wetterwechsel
c. Schwitzen Sie ?	☐ leicht ☐ nachts ☐ tagsüber ☐ warm ☐ kalt ☐ übelriechend ☐ Wäsche verfärbend ☐ reichlich ☐ bestimmte Körperteile: Bitte nähere Angaben zu den Körperteilen:
d. Wie ist Ihre Wärmeregulation?	☐ kalte Hände ☐ warme Hände ☐ kalte Füsse ☐ warme Füsse ☐ ein Fuss warm - der andere kalt ☐ Hitzewallung ☐ Schweiß ☐ Hitze ☐ Kälte ☐ Frost ☐ Schüttelfrost ☐ nie Fieber ☐ hohes Fieber

25. Sind Sie sehr druck-berührungsempfindlich?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wogegen? ☐ anfassen ☐ hartliegen ☐ enge Kleidung ☐ Hals ☐ Brust ☐ Hände ☐ Füsse ☐ Geschlechtsteile ☐ Sonstige
26..Wird Ihnen leicht schwindelig?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann bzw. wodurch?

27. Wie ist Ihr Appetit?	☐ Ekel ☐ fehlt ☐ gering ☐ groß ☐ gut ☐ Heißhunger ☐ nachts ☐ normal ☐ unstillbar ☐ vermehrt ☐ vermindert ☐ Sonstiges:
a. Wie fühlen Sie sich …	Vor dem Essen? Während dem Essen? Nach dem Essen?
b. Leiden Sie unter …	☐ Aufstoßen ☐ Bauchweh ☐ Blähungen ☐ Durchfall ☐ Erbrechen ☐ Magendruck ☐ Magenschmerzen ☐ Sodbrennen ☐ Übelkeit ☐ sonstiges: Wann treten die Schmerzen auf?
c. Was vertragen Sie nicht?	☐ Alkohol ☐ Brot ☐ Eier ☐ Fett ☐ Fisch ☐ Fleisch ☐ Gemüse ☐ Käse ☐ Kaffee ☐ Kartoffeln ☐ Kuchen ☐ Mayonnaise ☐ Nikotin ☐ Obst ☐ pikant ☐ sauer ☐ süß ☐ Salz ☐ Salat ☐ Tee ☐ Teigwaren ☐ Zwiebeln ☐ Hülsenfrüchte
d. Wonach haben Sie Verlangen bzw. essen Sie besonders gern?	☐ Alkohol ☐ Brot ☐ Eier ☐ Fett ☐ Fisch ☐ Fleisch ☐ Gemüse ☐ Käse ☐ Kaffee ☐ Kartoffeln ☐ Kuchen ☐ Mayonnaise ☐ Nikotin ☐ Obst ☐ pikant ☐ sauer ☐ süß ☐ Salz ☐ Salat ☐ Tee ☐ Teigwaren ☐ Sonstiges
e. Gegen welche Speisen oder Genussmittel haben Sie eine Abneigung oder Ekel?	
f. Wie ist Ihr Durst?	☐ bei Fieber ☐ gering ☐ groß ☐ auf Kaltes ☐ nachts ☐ normal ☐ viel ☐ wenig ☐ auf Warmes ☐ sonstiges:

28. Wie ist Ihr Stuhlgang?	☐ bleistiftdünn ☐ blutig ☐ breiig ☐ Drang ohne Erfolg ☐ dranglos ☐ drängend ☐ Durchfall ☐ dunkel ☐ dünn ☐ fettig ☐ hart ☐ Hämorrhoiden ☐ hell ☐ knollig ☐ krampfartig ☐ morgens ☐ nachts ☐ normal ☐ schafkotartig ☐ schmerzhaft ☐ schmerzlos ☐ schleimig ☐ stechend ☐ täglich ☐ trocken ☐ übelriechend ☐ Verstopfung ☐ wässrig ☐ wegspritzend ☐ Würmer ☐ wundmachend ☐ zurückschlüpfend ☐ kann ihn nicht halten ☐ alle ... Tage :
29. Wie ist Ihre Harnentleerung?	☐ dunkel ☐ häufig ☐ hell ☐ kann ihn nicht halten ☐ nachts ☐ normal ☐ salzig ☐ schmerzhaft ☐ übelriechend ☐ viel ☐ wenig ☐ sonstiges:

30. Haben Sie Schmerzen oder andere Beschwerden bei der Regel?	☐ vorher ☐ zu Beginn ☐ während ☐ nach der Regel ☐ Eisprung ☐ Pubertät ☐ Wechseljahre ☐ sonstiges:
REGELBLUTUNG: a. Wann hatten Sie Ihre Erste ?	. .
b. Wann war Ihre Letzte?	.
c. In welchem Abstand?	
d. Wieviel Tage dauert sie?	.
e. Wie stark ist Ihre Blutung und wie sieht sie aus?	☐ normal ☐ stark ☐ schwach ☐ hell ☐ dunkel ☐ klumpig ☐ übelriechend ☐ sonstiges:

31. Haben Sie einen Ausfluss?	☐ keinen ☐ wenig ☐ stark ☐ blutig ☐ braun ☐ gelb ☐ weiß ☐ dünn ☐ dick ☐ schleimig ☐ übelriechend ☐ wundmachend ☐ zäh ☐ sonstiges:
32. Wie verhüten Sie?	☐ Pille ☐ Spirale ☐ gar nicht ☐ sonstige Verhütungsmittel:

33. Hatten Sie in letzter Zeit Röntgenbestrahlungen?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, warum?
34. Sind von Ärzten, Krankenhäusern, Heilpraktikern bereits Diagnosen gestellt?	☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche?
35. Welche Medikamente haben Sie in letzter Zeit genommen oder nehmen Sie noch?	

Alle getätigten Angaben in diesem Fragebogen entsprechen der Wahrheit und sind von mir, dem Unterzeichner, persönlich verfasst worden!

Ort, Datum

Unterschrift