

Liebe Patientin, lieber Patient,

um meine Arbeit zu erleichtern und um sicher zu gehen, dass Sie wirklich an alles gedacht haben, was Sie mir über Ihren Gesundheitszustand sagen möchten, sende ich Ihnen vorab folgenden Anamnese-Fragebogen zu. Ich bitte Sie, diesen sorgfältig und in Ruhe auszufüllen, nur so können Sie an alle wichtigen und scheinbar unwichtigen Details denken.

Meist kommen beim Ausfüllen des Anamnese-Fragebogens auch Ihrerseits Fragen auf. Notieren Sie sich diese, dann kann ich diese in unserem Erstgespräch mit beantworten.

Name: _____ Vorname: _____

1. An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

2. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z.B. Kopf-, Gelenk-, Rückenschmerzen) Werden die Schmerzen durch Bewegung besser oder schlechter?

3. Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt und wann? Hatten Sie Unfälle?

4. Rauchen Sie? Ja/nein Wenn ja, seit wann und wie viele pro Tag?

5. Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Trockenheit, Sommer?

6. Wie reagieren Sie auf Kälte, Nässe, Winter?

7. Haben oder hatten Sie Amalgam-, Gold- oder Palladiumfüllungen? Wann entfernt? Wie entfernt?

8. Sind Ihre Zähne auf Zahnherde (Karies, Entzündungen, tote Zähne...) untersucht? Wann?

9. Welche Impfungen haben Sie erhalten und wann? (Bitte Impfausweis mitbringen, falls vorhanden)

10. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? (0=keine Belastbarkeit; 10= sehr hohe)

11. Haben Sie Narben? Wenn ja, wo und seit wann?

12. Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Sehr wichtig! Bitte genau!

13. Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___mal tgl. ___mal wöchentlich

14. Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? Wässrig-breiig-geformt-wechselhaft

15. Welche Farbe und welchen Geruch hat Ihr Stuhl?

16. Ist Ihr Arbeits-, Wohn- und Schlafplatz geopathisch und auf Elektrosmog untersucht?

**17. Ist in der Nähe des Wohn-, Arbeitsplatzes ein Funkturm installiert?
Wenn ja, in welcher Entfernung?**

18. Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

19. Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

20. Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau!

21. Was Konsumieren Sie? Bitte genau!

Wie viel?

Wie oft?

Zucker

Milchprodukte

Weißmehlprodukte

Eier

Nüsse

Süßigkeiten

Kuchen

Was essen Sie

Zum Frühstück:

Zum Mittagessen:

Zum Abendessen:

22. An was sind Ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Vater

Mutter

Großmutter

Großvater

Bruder

Schwester

23. Wieviele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

24. Wie ist Ihr Schlaf? (Skala von 0=sehr schlecht bis 10=sehr gut)

25. Träumen Sie?

26. Wie oft wachen Sie nachts auf? Können Sie schnell wieder einschlafen?

27. Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?

28. Wie hoch werten Sie Ihren Stress und seelische Belastung? (0=keine; 10=sehr hohe)

29. Auf welche Lebensmittel/Getränke können Sie schwer verzichten?

30. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

31. Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

32. Wurde bereits ein Nahrungsmittelunverträglichkeitstest durchgeführt?

33. Wenn ja, zu wie viel Prozent halten Sie sich an die dort vorgegebene Ernährungsumstellung?

34. Machen Sie regelmäßig Sport? Welche Sportart über Sie aus? Geht es Ihnen nach dem Sport besser oder schlechter?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit für Ihre Gesundheit!

