

Anamnese Fragebogen

Name:

Geb. Datum/Ort:

Anschrift:

Telefon:

Beruf:

Körpergröße/Gewicht:

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bekommen? Wo? Mit welchem Erfolg?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

- 1.

- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken Scharlach Tetanus Kinderlähmung
Malaria Salmonellose Ruhr Syphilis Pfeiffersches Drüsenfieber Gonorrhö/Trippler
Tropenkrankheiten Tuberkulose Borreliose

Emotionales

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit

Häufiges Erwachen, um wie viel Uhr

Nächtliches Wasserlassen, wie oft

Schwierigkeiten beim Einschlafen

Zähneknirschen/ Lebhaft/keine Träume

Unruhe in den Beinen/ Heiße/kalte Füße

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen /enger Gürtel?

Mangelnde Konzentration?

Sind Sie müde, erschöpft und reizbar?

Ängste- Schuldgefühle- Konflikte?

Treiben Sie Sport?

Schwitzen / frieren Sie leicht?

Vertragen Sie Sonnenlicht?

Haben Sie eine/n Partner/ Kinder?

Sind Sie glücklich?

Ernährung

Wieviel und was trinken Sie und wie viel am Tag?

Welche Nahrungsmittel essen Sie gerne?

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Bekannte Nahrungsmittelallergien/-Unverträglichkeiten auf:

Wurden Sie gestillt? War Ihre Geburt eine natürliche?

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu verbessern?

Vertragen Sie Alkohol? Wie viel?

Kopf

Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**?

Stirn-Augen-Schläferegion, Hinterhauptregion, links, rechts
Auslöser von Kopfschmerzen?

Ohren

Schmerzen links rechts beidseitig Mittelohrentzündungen Schwerhörigkeit
Ohrgeräusche/Ohrendruck

Zähne/Kiefer

Wurzelbehandelte / tote Zähne/ Amalgam/ andere Metalle

Nase

Operationen / behinderte Nasenatmung / Nase verstopft
Häufige Nasennebenhöhlenentzündungen

Hals

Mandelopoperation / Mandelentzündungen

Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

3

Brust Bauch Rücken

Brustdrüse: Beschwerden Operationen

Herz: Stechen Druckgefühl Infarkt Beklemmung Rhythmusstörungen

Lunge: Bronchitis häufig Husten Atemnot Rauchen Sie Zigaretten?

Leber: Entzündungen Hepatitis Zirrhose

Galle: Steine Koliken Operationen Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Sodbrennen

Rücken: Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose

Niere/Blase: Nierensteine Entzündungen

Harn: viel wenig häufig kann nicht halten Geruch nach:

Darm: Infektionen Hämorrhoiden Blindarmoperation Blähungen

Stuhlgang Wie oft?

Neigung zu Verstopfung / Durchfall / Kann Stuhl nicht halten

Arme Beine Rücken Haut

Arme Verletzungen Schmerzen Tennisellbogen Kribbeln kalte Hände

Beine Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen kalte Füße Kribbeln
Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen Geschwüre Hautjucken Warzen Pilze

Gynäkologisch/ Urologischer Bereich

Schmerzen, wann?

Ausschabungen/Fehlgeburten/Abtreibungen/Geburten, wie viele

Tumore/Zysten/Myome

Geschlechtskrankheiten

Wann war die letzte Menses?

Blutungen regelmäßig unregelmäßig

Prostata vergrößert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Ich bin damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis Margareta Chlewicki Heilpraktikerin, St. Jobser Str. 35, 52146 Würselen Tel: 02405 9661 Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer Patientenakte.

Hinweise:

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen - nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber mir widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich führe die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere

**Praxis für Naturheilkunde
Margareta Chlewicki
Heilpraktikerin**



gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie mein Merkblatt „Information zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

Unterschrift Patient

Ort, Datum