

Gesundheit neu verstehen!!!

Hans-Jörg Röhling

Heilpraktiker
Kaiserstr. 48
88348 Bad Saulgau

 07581-9005877

 07581-9005878

 info@naturheilpraxis-roehling.de

 www.naturheilpraxis-roehling.de

Anamnese-Fragebogen

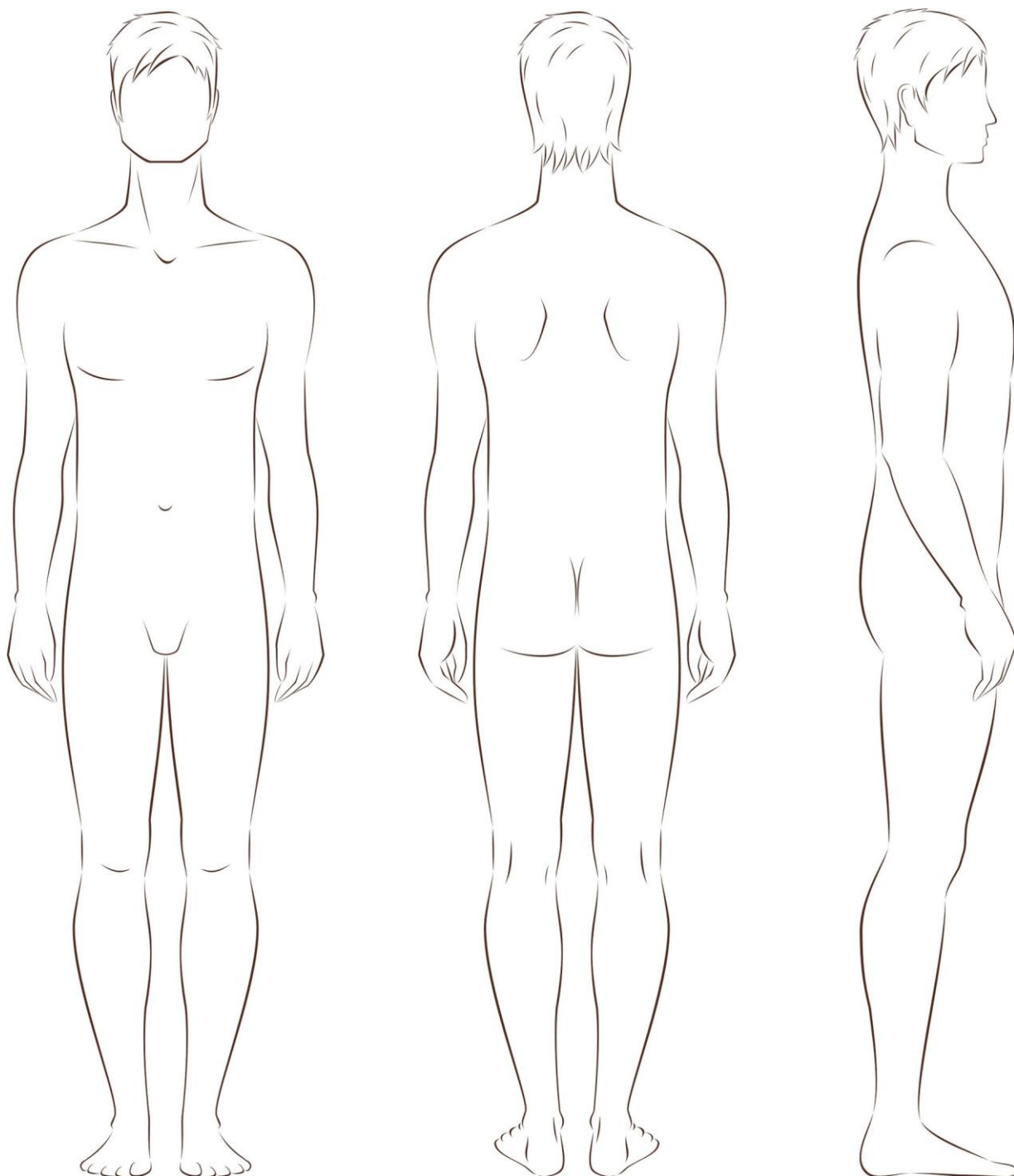
Datum:

Füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Krankenkasse	
Mobil	Geburtstag	
E-Mail	Körpergröße	Gewicht
Beruf	RR	BZ

Akute Beschwerden

An welchen Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:
6.	seit:
7.	seit:
8.	seit:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Eine Erkrankung
- Trauer
- Operationen
- andere:
- Kummer
- Schreck
- Hautausschläge

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Allgemeine Symptome

- Mangelnde Konzentration
- Ich bin müde und erschöpft
- Ich bin verstärkt reizbar
- Ich habe Ängste-
Schuldgefühle-Konflikte

- Ich schwitze sehr schnell
- Ich schwitze in der Nacht
An welchem Körperteil?
.....
.....
- kalter Schweiß
- warmer Schweiß

- Ich friere sehr schnell
- Kalte Hände kalte Füße

- Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
- sehr belastbar
 - mäßig belastbar
 - gar nicht belastbar

Kopf

- Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
- häufig selten nie
 - Stirn-Augen-Schläfenregion
 - Hinterhauptregion
 - morgens abends
 - halbseitig doppelseitig
 - links rechts
 - wandernd von links nach rechts
 - wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:
.....
Was verbessert:
.....
Was verschlechtert:
.....

- Drehschwindel
- Schwankschwindel
- Liftschwindel

- Leiden Sie unter Haarausfall?
- ja, seit:
 - kreisrunder Haarausfall
 - vereinzelter Haarausfall
- Augen
- Bindehautentzündung
 - kurzsichtig weitsichtig
 - sonstige Beschwerden
 - Brille seit:

- Ohren
- Schmerzen links
 - Schmerzen rechts
 - beidseitig
 - Mittelohrentzündungen
 - Schwerhörig
 - Ohrengeräusche
 - Ohrendruck

- Nase
- Operationen Heuschnupfen
 - Nasennebenhöhlenentzündungen
 - behinderte Nasenatmung
 - Nase verstopft
- Absonderungen:
- wässrig schleimig
 - eitrig grünlich
 - Allergien auf:
.....

- Mandeln
- Operation
 - häufig Mandelentzündungen
 - als Kind
 - heute

- Schilddrüse
- Überfunktion Unterfunktion
 - Vergrößerung Operation

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:
 - heiß kalt
- Parodontose/Parodontitis

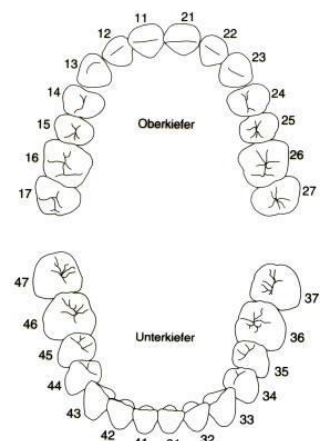
- Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
- Ja Nein

- Zahnfüllmaterialien:
- Amalgam Gold
 - Titan Kunststoff
 - Keramik Palladium
 - Implantate

- Kiefergelenke:
- Schmerzen
 - Geräusche beim Kauen
 - Blockade
 - Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.

Ihre rechte Seite Ihre linke Seite



Körper und Organfunktionen

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rythmusstörungen

Lunge Bronchitis

- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle Steine

- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen
- Völlegefühl

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Beweglichkeit
- Rheuma

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
 - häufig:

Harn viel

- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

Darm

- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2.Tag
- unregelmäßig
 - riecht nach:
 -
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls:

- hell dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme Verletzungen

- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln

Beine Schmerzen

- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

Urologischer Bereich

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

- Prostata vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

-
- Sterilisation
 - Erektionsprobleme

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)

- ja nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Ledermöbel

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr:
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft:
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- unter 500ml unter 1 Liter
 ca. 1-2 Liter über 2 Liter

Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
- Wasser mit Kohlensäure
- Fruchtsäfte
- Softdrinks
- Kaffee Tee Milch
- Bier Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	Nie, sehr selten	1-2x pro Woche	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein

wenn ja welche:

.....

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

War ihre Geburt eine natürliche?

- ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben möglichst von Kindheit an:

.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Siphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt, falls bekannt?

.....

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Rauchen Sie?

- ja nein

Wieviel?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs Tuberkulose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Steinkrankheiten
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- andere:

.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen

.....
 Datum, Unterschrift