

Anamnese

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus und nehmen sich genug Zeit.
Und senden uns diesen vorab per **Fax 08158-9053956** (direkt an PC) od. Mail:
info@agape-lifestyle.de.



Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen;
ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Patient		
Persönliche Daten	Name	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
	ggf. Name + Geburtsdatum des gesetzl. Vertreters	

Kontaktdaten	Straße, Nr. PLZ, Ort	
	Telefon mobil + Festnetz	
	Email f. Rechnungsversand	

Krankenversicherung Bitte nennen Sie den <u>Namen Ihrer Krankenkasse</u> . Dies vereinfacht die Erstellung der Rechnung.	Gesetzlich	
	Voll Privat - PKV	
	Zusatz Privat - ZKV	
	Beihilfe	

Wer hat Sie empfohlen? Was war der Impuls?

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr konkretes Ziel?

1 _____

2 _____

3 _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Unfall, Trennung, Tod, Abschied, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge,
Medikamente, Schwangerschaft (Hormone) usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Herzerkrankung, Gefäßerkrankung, Schlaganfall, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Suizid, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne...

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber (EVB-Virus), Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Zoster, Herpes Simplex, Herpes Labialis, Borreliose, Zeckenbiss (wann? Behandlung?) usw.

Welche Impfungen und Auffrischungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis abfotografieren.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Covid 19

Wurden sie gegen Covid 19 geimpft? Ja Nein

Wenn ja, **welchen Impfstoff** haben sie bekommen und **wie oft** wurden sie geimpft?

Gab es Reaktionen auf diese Impfung/en? Ja Nein

Wurde eine **Covid Infektion** durchlebt? Wenn ja, **wann und wie lange?**

Gibt es Veränderungen danach?

Allergien / Unverträglichkeiten

Gibt es bekannte Allergien? _____

Pollen / seit wann _____

Nahrungsmittel _____

Weitere _____

Reaktionen? Augen, Nase, Atmung, Haut, Müdigkeit, Gelenke: _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja: häufig, selten?

Stirn/Augen/Schläfen/Hinterkopf, morgens, abends, halbseitig, links/rechts, doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann: _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw. _____

Ohren links / rechts, Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ anderes _____

Zähne / Kiefer Haben Sie noch Amalgamfüllungen? Ja Nein
Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein
Mit welchen Medikamenten? Wie lange? _____
Haben Sie Wurzelbehandelte Zähne, wenn ja welche? _____ Wie viele? _____

Zahnfüllmaterialien Amalgam, Gold, Keramik, Kunststoff

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, chron. Schnupfen?

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute? _____

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Asthma

Leber Entzündung – Hepatitis, druckempfindlich, Schmerzen

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, analer Juckreiz

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen – stärker vor oder nach dem Essen?
Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien?

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch, Reizdarm, Morbus Chron, Colitis Ulcerosa, Darm-OP?

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Haut

- Arme** Verletzungen, wann? Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, wann? Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
- Narben** Haben Sie durch Operationen, Schwangerschaft, Verletzungen, Narben? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

Hormone

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abgänge, künstliche Befruchtungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, sind Sie aktuell in KiWU Behandlung oder früher?
- Menses** Wann war die erste Periode _____ wann die letzte _____
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche? _____
Klimakterische Beschwerden, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen, Gewicht, Stimmungsschwankung, chronische Müdigkeit, Haarausfall, trockene Schleimhäute, Osteoporose?

- Prostata** vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Wert PSA? _____
- Vit. D + K2** Wert? Einnahme Dosis? _____
- Nehmen /nahmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?** Welche? _____
- Hormonerkrankung** Diabetes, Hypophysenadenom, Einnahme? _____
- Schilddrüse** bekannte Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, Operation, wann? Medikamente - Dosierung? Blutwerte?

- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig, wiederholt jährlich wie oft? _____
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, kleine Mengen häufiger, Geruch? _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Aktuelles

Mein aktuelles Körpergewicht _____ Meine Körpergröße _____

Meine Blutgruppe _____ Mein Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Rauchen Sie? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wieviele Mahlzeiten essen Sie über den Tag? _____

Essen Sie ballaststoffreich, fett- oder eiweißarm? Ja/nein _____

vegetarisch, vegan, glutenfrei, sonstiges? _____

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Wieviel Kaffee/aufputschende Getränke trinken Sie pro Tag _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Toilettengang (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen, Hitzewallungen, Gelenkschmerzen, Herzrasen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Welche Körperpflegeprodukte verwenden sie und in welcher Qualität? Verwenden sie Deodorant?

Wie ist Ihr Gemütszustand? Punkte 1-10 _____

Sind Sie gestresst? Ja/nein und warum? _____

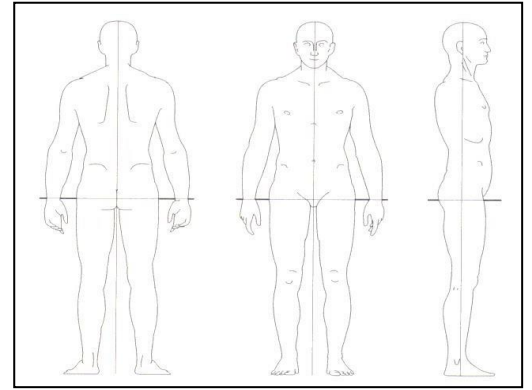
Sind Sie gereizt? Ja/nein und warum? _____

Sind Sie schnell grundlos erschöpft? Ja/nein? _____

Sind sie glücklich? _____

Was stört sie in Ihrem Leben? _____

Schmerzen



Schmerzsкала für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Schmerzlinie / unklare SchmerzlOkalisation /
ausstrahlender Schmerz /

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd,
reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress
Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeiten,
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges?

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,
Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung,
Übelkeit, Erbrechen, sonstiges?

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Name, Dosierung, Zeitraum, seit wann:

Bitte schicken sie uns gerne die Beipackzettel Ihrer Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel per Email.
Bei Testung zur Unverträglichkeit bitte Inhalt in kleinem Glas mitbringen (z. B. Tablette ins Glas).

Systemische Anamnese / Familiensituation:

Wie sind Sie aufgewachsen? In einer Familie, bei den Großeltern, im Heim?

Leben Ihre Eltern noch, wenn ja, sind sie zusammen oder getrennt? Wann und woran sind sie gestorben?

Gibt es Stiefelternteile? Welche Kontakte sind vorhanden, gibt es Streitigkeiten oder Kontaktabbruch?

Waren Ihre Eltern im Krieg direkt betroffen? Gefangenschaft, Front, Lager, Vertrieben, Verluste, wo?

Musste ein Elternteil eine große Liebe aufgeben oder hat sie verloren?

Wievieltes Kind von wie vielen sind Sie? (auch Kinder weiterer Beziehungen) Gibt es verlorene / gestorbene Geschwister?

Welche Krankheiten gibt es bei den Familienmitgliedern? Besondere Wiederholungen, z. B. in jeder Generation ein totes, verlorenes Kind? Behinderungen? Herz-Kreislauf, Krebs, wenn ja welcher, Leber, Sucht?

Gibt es Verluste jeglicher Art? Heimat, Eltern, Geschwister, Partner, Unfall, Arbeitsplatz, Vermögen...

Bitte erinnern Sie sich an alle Situationen, die ungewöhnlich oder markant im Gedächtnis sind, auch, wenn sie nicht direkt mit Ihnen in Verbindung standen.

Sie nehmen eine naturheilkundliche Behandlung eines Heilpraktikers in Anspruch.

Eine **naturheilkundliche Behandlung** beinhaltet vor allem Natur- und Erfahrungsheilkunde und strebt insbesondere die Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte an. Es werden Therapieverfahren angewandt, die sich von der schulmedizinischen Standards und deren Wirksamkeit empirisch nicht immer sicher belegen lassen. Es handelt sich hier vor allem um die Wirksamkeit der Erfahrungsheilkunde! **Wir sind jedoch auch der wissenschaftlichen biologischen Medizin verpflichtet!**

Aufgrund Ihrer Angaben erstellt Ihnen der Heilpraktiker ein individuelles Behandlungskonzept.

Ihre Mitwirkung und eine zuverlässige Umsetzung der besprochenen Vorgehensweise ist für den Behandlungserfolg maßgebend.

Ihre Behandlungspläne werden persönlich erklärt und erhalten Sie auch per Email, um die Angaben zur Behandlung jederzeit nachzuvollziehen und Missverständnisse auszuräumen. Bei Unsicherheiten bzgl. der Vorgehensweise sind sie verpflichtet bei Ihrem Behandler / Therapeut noch einmal nachzufragen.

Außerdem besteht die **Verpflichtung bei jeglicher aktuellen, veränderten bzw. beendeten Einnahme** Ihrer Medikamenten und sonst. Substanzen (auch Kräuter, Pille, Viagra, Drogen etc. von externen Ärzten und Therapeuten) inkl. Produkt- / Hersteller-änderungen **die Praxis zu informieren.**

Ich bestätige, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort / Datum / Unterschrift

**Senden Sie diesen Bogen vor Ihrem Termin bitte unterschrieben an:
per Fax 08158-9053956 oder per Email: info@agape-lifestyle.de**