

ganzheitliche  
**Naturheilpraxis**




**SEI IN BALANCE**

**Angela Heintschel**

Heilpraktikerin


## **ANAMNESE-FRAGEBOGEN**

Herzlich Willkommen in der  
Naturheilpraxis - SEI IN BALANCE - Angela Heintschel

 Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig wie möglich  
vor Ihrem ersten Besuch aus und senden ihn wieder zurück.

 per Post:

Naturheilpraxis SEI IN BALANCE, Angela Heintschel, Senderweg 3/1, 74172 Obereisesheim

 oder per Email:

naturheilpraxis@SEInBALANCE.de

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und beantworten Sie mit Ihren eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit und beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich.

Ich versichere Ihnen selbstverständlich meine (zivilrechtliche) Schweigepflicht.

Datum:

---

Name:

---

Vorname:

---

Straße / Hausnummer:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon / Mobil (privat):

---

Email-Adresse (privat):

---

Telefon / Mobil (beruflich):

---

Arbeitgeber / Beruf:

---

Geburtstag / Geburtsort u. -Zeit (falls bekannt):

---

Körpergröße / Gewicht:

---

Familienstand / Kinder:

---

Blutgruppe (falls bekannt):

---

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?**

Bitte ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit (1 = sehr wichtig bis 7 = eher nicht so wichtig)

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

**Haben Sie bereits Hilfe für Ihre Beschwerden in Anspruch genommen? Wenn ja, bei wem?**

- Ärzte
  Kliniken  
 Pysiotherapeuten/Osteopaten
  Heilpraktiker  
 andere: \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen wurden gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wie war der Erfolg?**

- sehr gut
  gut
  mäßig
  schlecht
  sehr schlecht

**Was hat sich kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen (Haupt-)Beschwerden ereignet?**

- eine Erkrankung
  Kummer
  Trauer
  Schreck
  Operation(en)  
 Hautausschläge
  andere: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente/Nahrungsergänzungen nehmen Sie zur Zeit ein?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr wichtigster Wunsch?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Chronologische Krankheitsgeschichte:

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

---



---



---



---



---



---



---

### Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern            | <input type="checkbox"/> Mumps                      | <input type="checkbox"/> Windpocken    | <input type="checkbox"/> Gürtelrose          |
| <input type="checkbox"/> Röteln            | <input type="checkbox"/> Scharlach                  | <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Syphilis (Lues)     |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten       | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                | <input type="checkbox"/> Malaria       | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose      | <input type="checkbox"/> Ruhr                       | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> _____               |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |  | <input type="checkbox"/> _____               |

### Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja, bei welcher Erkrankung: \_\_\_\_\_  nein

### Falls ja, welche Antibiotika wurden eingesetzt (falls bekannt) und wann?

### Haben Sie Narben (z.B. von Operationen/Verletzungen)?

- ja wo: \_\_\_\_\_  nein

### Wurden Ihre Narben entzündet (z.B. mit Procain-Unterspritzungen)?

- ja womit: \_\_\_\_\_  nein

### Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten (z.B. Husten, Bronchitis, Schnupfen, Sinusitis)?

- ja welche: \_\_\_\_\_ wie oft: \_\_\_\_\_  nein

### Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose     | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie          |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit    |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatismus    | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten   | <input type="checkbox"/> Allergien          |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gicht              | <input type="checkbox"/> Neurodermitis      |
| <input type="checkbox"/> Depressionen      | <input type="checkbox"/> Suizid          | <input type="checkbox"/> Migräne            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankh. |
| <input type="checkbox"/> andere:           | _____                                    |   |   |

## Impfungen

### Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- |  |                                     |  |                                    |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähm.) | <input type="checkbox"/> Cholera   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie        | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus             | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB               | <input type="checkbox"/> Pocken     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten         | <input type="checkbox"/> Grippe    |
| <input type="checkbox"/> Masern            | <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> andere:             | _____                              |

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber          | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe  | <input type="checkbox"/> andere: _____           |

## Emotionales

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?  ja  öfter  selten  nein

Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  öfter  selten  nein

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?  ja  öfter  selten  nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?  ja  öfter  selten  nein

Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle etc.)?  ja  öfter  selten  nein

Leiden Sie an mangelnder Konzentration?  ja  öfter  selten  nein

Sind Sie müde und erschöpft?  ja  öfter  selten  nein

Sind Sie betrübt/bedrückt/traurig?  ja  öfter  selten  nein

Sind Sie schnell gereizt?  ja  öfter  selten  nein

Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühl-Konflikt?  ja  öfter  selten  nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  öfter  selten  nein

Schwitzen Sie leicht?  ja  öfter  selten  nein

Schwitzen Sie nachts?  ja  öfter  selten  nein

An welchem Körperteil? \_\_\_\_\_  kalter Schweiß  warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?  ja  öfter  selten  nein

oft kalte Hände  oft kalte Füße

### Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich derzeit?

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr belastbar | <input type="checkbox"/> normal belastbar | <input type="checkbox"/> mäßig belastbar | <input type="checkbox"/> gar nicht belastbar |
|---|---|--|--|

### Wie ist/wie war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- |                                   |                              |                                |                                   |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

### Haben Sie einen Partner bzw. einer Partnerin?

- |                             |                               |                                |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> _____ |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

### Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- |                                   |                              |                                |                                   |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

### Sind Sie glücklich?

- |                             |                                   |                                      |                               |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> meistens | <input type="checkbox"/> öfter nicht | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|

**Wieviele Liter trinken Sie täglich?** \_\_\_\_\_

**Was trinken Sie überwiegend?** \_\_\_\_\_

**Welche Nahrungsmittel essen Sie regelmäßig?**

- Milchprodukte       Süßigkeiten       Weißmehlprodukte       Kuchen  
 Eier       Zucker       Nüsse       Zuckerersatzstoffe

**Auf welche Lebensmittel können/möchten Sie nur ungerne verzichten?**

**Verlangen nach:**

- süß       sauer       pikant       bitter  
 salzig       scharf       Fleisch       Eier  
 Obst       Nikotin       Alkohol       \_\_\_\_\_

**Abneigungen gegen:**

- süß       sauer       pikant       bitter  
 salzig       scharf       Fleisch       Eier  
 Obst       Nikotin       Alkohol       \_\_\_\_\_

**Bestehen Nahrungsmittel-Allergien? Falls ja, welche?**

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

- ja       nein       ab und zu, nicht dauerhaft

wenn ja, nach welchen: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie gestillt (fall bekannt)?**       ja       nein

**War Ihre Geburt eine natürliche (falls bekannt)?**       ja       nein

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

- ja      ab wann? \_\_\_\_\_       nein

## Wohnung

**Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische und Elektromok-Belastungen untersucht worden?**       ja       nein

**Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?**

- Funkmasten in der Nähe       Überlandleitungen/Bahnstrom in der Nähe  
 Bäche, Flüsse in der Nähe       Schimmelpilzbelastung  
 Antiquitäten/Holzschutzmittel       Teppichböden  
 Mikrowelle       Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Womit ist Ihr Schlafzimmer, Ihr Schlafplatz ausgestattet?

6

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone/Internet | <input type="checkbox"/> elektrische Geräte nachts auf standby |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett                   | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor        |

## Was trifft auf Ihren Schlaf zu?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                           | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf                       | <input type="checkbox"/> lebhafte Träume          |
| <input type="checkbox"/> Unruhe i. d. Beinen                       | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                           | <input type="checkbox"/> Zähnebeißen/-pressen     |
| <input type="checkbox"/> heiße Füße                                | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß                             | <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> häufiges Aufwachen, um wieviel Uhr: _____ | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen, wie oft: _____ |   |

## Welches ist Ihre Schlaflage?

- |                                  |                                 |  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauch   | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> links           | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> sitzend | <input type="checkbox"/> kniend | <input type="checkbox"/> zusammengerollt |                                 |

## Wann ist Ihre gewöhnliche Schlafenszeit?

übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

## Kopf

### Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- |                                 |                                    |                                      |                              |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> ganz selten | <input type="checkbox"/> nie |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|

wenn ja, wo und wann:

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stirn-Augen-Schläfenregion     | <input type="checkbox"/> Hinterhauptsregion             | <input type="checkbox"/> _____        |
| <input type="checkbox"/> halbseitig links               | <input type="checkbox"/> halbseitig rechts              | <input type="checkbox"/> doppelseitig |
| <input type="checkbox"/> wandernd von links nach rechts | <input type="checkbox"/> wandernd von rechts nach links |                                       |
| <input type="checkbox"/> morgens                        | <input type="checkbox"/> abends                         | <input type="checkbox"/> über den Tag |

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verbessert: \_\_\_\_\_

Was verschlechtert: \_\_\_\_\_

### Gibt es Probleme mit den Haaren? Welche?

- |                                      |                                      |                                       |   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> kreisrunder | <input type="checkbox"/> vereinzelter | <input type="checkbox"/> seit wann: _____ |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|

### Gibt es Probleme mit den Augen? Welche?

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung  | <input type="checkbox"/> kurzsichtig        | <input type="checkbox"/> weitsichtig  |
| <input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> Brille seit: _____ | <input type="checkbox"/> wofür: _____ |

### Gibt es Probleme mit den Ohren? Welche?

- |  |   |  |                                      |
|--|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen links | <input type="checkbox"/> Schmerzen rechts | <input type="checkbox"/> halbseitig          | <input type="checkbox"/> schwerhörig |
| <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche  | <input type="checkbox"/> Ohrendruck       | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung |                                      |

## Gibt es Probleme mit den Zähnen, mit dem Kiefer? Welche?

7

- häufige Zahnarztbesuche     wurzelbehandelte Zähne     tote Zähne
- Implantate, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Empfindliche Zähne auf:     heiß     kalt     süß     anderes: \_\_\_\_\_
- Wurden Amalgamfüllungen entfernt?     ja     nein     wann: \_\_\_\_\_
- Falls ja, mit Kofferdam?     ja     nein    Wurde anschl. entgiftet?     ja     nein
- Füllungen:     Amalgam     Gold     Titan     Kunststoff     Keramik     \_\_\_\_\_

## Probleme mit der Nase? Welche?

- Operationen     Heuschnupfen     Allergien auf: \_\_\_\_\_
- Atmung behindert     Nase verstopft     oft Nebenhöhlenentzünd.     Polypen
- Absonderungen:     blutig     wässrig     schleimig     grünlich     eitrig

## Probleme mit den Mandeln? Welche?

- Entfernung     häufige Mandelentzündungen     als Kind     später: \_\_\_\_\_

## Schilddrüse:

- Falls Medikamente, welche? \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_
- Überfunktion     Unterfunktion     Vergrößerung     Operation, wann: \_\_\_\_\_

## Brust - Bauch - Rücken

- |                           |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|
| <b>Brustdrüse</b>         | <input type="checkbox"/> Beschwerden       | <input type="checkbox"/> Operation                                 | <input type="checkbox"/> Entzündung          |
| <b>Herz</b>               | <input type="checkbox"/> Beschwerden       | <input type="checkbox"/> Stechen                                   | <input type="checkbox"/> Druckgefühl         |
|                           | <input type="checkbox"/> Infarkt           | <input type="checkbox"/> Beklemmung                                | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen   |
| <b>Lunge</b>              | <input type="checkbox"/> Bronchitis        | <input type="checkbox"/> häufig Husten                             | <input type="checkbox"/> Atemnot             |
| <b>Leber</b>              | <input type="checkbox"/> Entzündungen      | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                 | <input type="checkbox"/> _____               |
| <b>Galle</b>              | <input type="checkbox"/> Steine            | <input type="checkbox"/> Koliken                                   | <input type="checkbox"/> Operation           |
|                           | <input type="checkbox"/> Oberbauch-Druck   | <input type="checkbox"/> Fett unverträglich                        | <input type="checkbox"/> _____               |
| <b>Magen</b>              | <input type="checkbox"/> Völlegefühl       | <input type="checkbox"/> Gastritis                                 | <input type="checkbox"/> _____               |
|                           | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit  | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit |  |
| <b>Bauchspeicheldrüse</b> | <input type="checkbox"/> Entzündungen      | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus / Typ: _____            |  |
| <b>Rücken</b>             | <input type="checkbox"/> Schmerzen         | <input type="checkbox"/> Hexenschuss                               | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
|                           | <input type="checkbox"/> Ischias           | <input type="checkbox"/> Skoliose                                  | <input type="checkbox"/> _____               |
| <b>Niere/Blase</b>        | <input type="checkbox"/> Nierensteine      | <input type="checkbox"/> Entzündungen                              | <input type="checkbox"/> Nierenzyste(n)      |
| <b>Harn</b>               | <input type="checkbox"/> viel              | <input type="checkbox"/> wenig                                     | <input type="checkbox"/> häufig              |
|                           | <input type="checkbox"/> kann nicht halten | <input type="checkbox"/> Geruch: _____                             | <input type="checkbox"/> Färbung: _____      |
| <b>Darm</b>               | <input type="checkbox"/> Infektionen       | <input type="checkbox"/> Blähungen, Geruch nach: _____             |  |
|                           | <input type="checkbox"/> Entzündungen      | <input type="checkbox"/> Blinddarm-OP                              | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden        |

<b>Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 2 - 3 x täglich	<input type="checkbox"/> jeden 2. Tag	8
	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> riecht nach: _____		
	<input type="checkbox"/> oft Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall-Neigung	<input type="checkbox"/> Blut	
<b>Stuhl-Konstistenz</b>	<input type="checkbox"/> hell	<input type="checkbox"/> dunkel	<input type="checkbox"/> übel riechend	
	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> knollig	<input type="checkbox"/> weich	
	<input type="checkbox"/> schmierig	<input type="checkbox"/> pastenartig	<input type="checkbox"/> kann nicht halten	
<b>Sonstiges</b>	_____			

### Arme - Beine - Rücken - Haut

<b>Arme</b>	<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kribbeln
	<input type="checkbox"/> kalte Hände	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Arthritis
	<input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndr.	<input type="checkbox"/> Tennisellenbogen	<input type="checkbox"/> _____
<b>Beine</b>	<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kribbeln
	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Operationen
	<input type="checkbox"/> kalte Füße	<input type="checkbox"/> feuchte Füße	<input type="checkbox"/> Fusspilz
<b>Rücken</b>	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Osteoporose
	<input type="checkbox"/> Unbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> Belastungen	<input type="checkbox"/> _____
<b>Haut / Nägel</b>	<input type="checkbox"/> Hautjucken	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Pilze
	<input type="checkbox"/> Verbrennungen	<input type="checkbox"/> Narben	<input type="checkbox"/> Warzen
	<input type="checkbox"/> Geschwüre	<input type="checkbox"/> eingewachs. Nägel	<input type="checkbox"/> _____

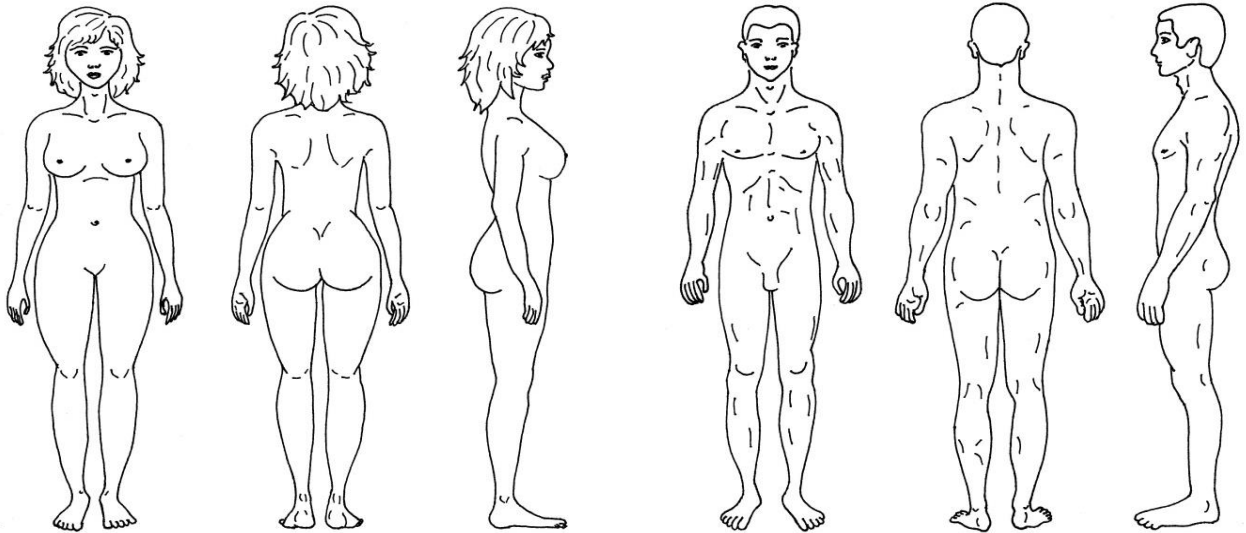
### Gynäkologischer / Urologischer Bereich

<b>Gynäkologisch</b>	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Eierstockentzünd.	<input type="checkbox"/> Ausschabungen
	<input type="checkbox"/> Geburten/Zahl: _____	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> Abtreibungen
	<input type="checkbox"/> Myome	<input type="checkbox"/> Zysten	<input type="checkbox"/> Tumore
	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten/welche: _____		
<b>Ausfluss</b>	<input type="checkbox"/> keinen	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> weiß
	<input type="checkbox"/> färbt die Wäsche	<input type="checkbox"/> wundmachend	<input type="checkbox"/> gelblich
			<input type="checkbox"/> rosa/blutig
<b>Menstruation</b>	1. Menstuation: _____	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
<b>Blutungen sind</b>	<input type="checkbox"/> hell	<input type="checkbox"/> dunkel	<input type="checkbox"/> klumpig
	<input type="checkbox"/> begonnen	<input type="checkbox"/> mittendrin	<input type="checkbox"/> braun
<b>Wechseljahre</b>			<input type="checkbox"/> vorbei
<b>Prostata/Urologie</b>	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen	
	<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankh.	<input type="checkbox"/> _____
<b>Sexualität</b>	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> verstärkt	<input type="checkbox"/> unbefriedigt
	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr		<input type="checkbox"/> _____



**Wo treten die Schmerzen auf?** Bitte anzeichnen!

Kreuz = punktförmiger Schmerz / Linie = unklare Lokalisation / Pfeil = ausstrahlender Schmerz



**Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1 - 10:** 1 = schwach / 5 = mittel / 10 = sehr stark

**Mein Schmerzempfinden liegt bei:** \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen:** \_\_\_\_\_

- immer                       mehrmals täglich     alle paar Tage         wöchentlich  
 seltener                       \_\_\_\_\_

**Wie ist das Schmerzempfinden?**

- ziehend                       brennend                       stechend                       klopfend  
 drückend                       krabbelnd                       reißend                       kolikartig  
 krampfend                       dumpf                       beengend                       bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

- körperl. Belastung     längeres Stehen     sitzen                       gehen  
 Stress                       Kälte                       Wärme                       Nahrungsmittel  
 husten                       niesen                       Tageszeit                       Wetterlage  
 Monatsblutung     \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?**

- Ruhe                       Schlaf                       Bewegung                       Sport  
 Kälte                       Wärme                       Schmerzmittel                       Urlaub

**Andere Symptome zum Schmerz**

- Hautrötung                       Blässe                       Schwellung                       Schweißbildung  
 Seh-/od. Hörstörung     Müdigkeit                       Muskelschwäche                       Gangunsicherheit  
 Schwindel                       Bewegungseinschränkung     Berührungs-Empfindlichkeit

**Schmerzbehandlung bisher, wie?** \_\_\_\_\_

**Wie erfolgreich?** \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihr Vertrauen, mir Ihren Fragebogen für die Bearbeitung zu überlassen.  
Je vollständiger Sie ihn ausgefüllt haben, desto nachhaltiger kann ich auf Ihre Themen eingehen.

Falls Sie weitere Anmerkungen, Informationen oder Wünsche haben, für die Sie im Fragebogen keinen Platz gefunden haben, können Sie dafür gerne die folgenden Zeilen nutzen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt, siehe Behandlungsvertrag.  
Bitte lesen Sie den separaten Behandlungsvertrag durch und geben ihn mir unterschrieben zurück.  
In diesem finden Sie auch den Hinweis, dass das Zurücksenden des ausgefüllten Anamnesebogens den Beginn unserer Zusammenarbeit bedeutet.

Ich freue mich auf Sie, und dass ich Sie ein Stück des Weges in Ihre Balance, zu Ihrem Wohlbefinden, zu Ihrer Gesundheit begleiten darf.

Damit Sie mich bei Ihrem ersten Termin leicht finden können:



Ich nehme mir gerne die vereinbarte Zeit für Sie. Bitte versuchen Sie pünktlich zu sein.  
Vor der vereinbarten Zeit, bin ich evtl. noch beim vorigen Termin und kann ggf. nicht an die Tür.