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@SEIinBALANCE.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): _____ Rechtshänder: ☐ Linkshänder: ☐

Ich habe eine Zusatzversicherung für Heilpraktiker: ☐ ja ☐ nein

Beschwerden

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?

_____

_____

_____

_____

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

☐ Masern	☐ Mumps	☐ Windpocken	☐ Gürtelrose
☐ Röteln	☐ Scharlach	☐ Tetanus	☐ Syphilis (Lues)
☐ Keuchhusten	☐ Tuberkulose	☐ Malaria	☐ Gonorrhoe (Tripper)
☐ Salmonellose	☐ Ruhr	☐ Kinderlähmung	☐ _____
☐ Tropenkrankheiten	☐ Pfeiffersches Drüsenfieber		☐ _____

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 entstört (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)

☐ Krebs	☐ Tuberkulose	☐ Geisteskrankheiten	☐ Epilepsie
☐ Herzerkrankungen	☐ Schlaganfall	☐ Asthma	☐ Zuckerkrankheit
☐ Gefäßerkrankungen	☐ Rheumatismus	☐ Steinkrankheiten	☐ Allergien
☐ Multiple Sklerose	☐ Schuppenflechte	☐ Gicht	☐ Neurodermitis
☐ Depressionen	☐ Suizid	☐ Migräne	☐ Geschlechtskrankh.

☐ andere: _____

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

☐ Tuberkulose (BCG) ☐ Röteln ☐ Polio (Kinderlähm.) ☐ Cholera
☐ Diphtherie ☐ Gelbfieber ☐ Tetanus ☐ Hepatitis
☐ HIB ☐ Pocken ☐ Keuchhusten ☐ Grippe
☐ Masern ☐ Mumps ☐ andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

☐ Fieber ☐ Krämpfe ☐ Verhaltensveränderungen
☐ Schlaflosigkeit ☐ Unruhe ☐ 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	

Sind Sie mit sich und Ihrem Leben rundherum zufrieden / glücklich?

☐ ja ☐ meistens ☐ öfter nicht ☐ nein

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich derzeit?

☐ sehr belastbar ☐ normal belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ gar nicht belastbar

Wie ist/wie war Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Haben Sie einen Partner bzw. einer Partnerin?

☐ ja ☐ nein ☐ _____

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

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Ernährung

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 ungern 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 Elektrosmok-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?

☐ schnurlose Telefone/Internet ☐ elektrische Geräte nachts auf standby

☐ Wasserbett ☐ eingebauter elektrischer Motor

Was trifft auf Ihren Schlaf zu?

☐ Schlaflosigkeit ☐ Sprechen im Schlaf ☐ lebhafte Träume

☐ Unruhe i. d. Beinen ☐ Zähneknirschen ☐ Zähnebeißen/-pressen

☐ heiße Füße ☐ Nachtschweiß ☐ Einschlafschwierigkeiten

☐ häufiges Aufwachen, um wieviel Uhr: ____ ☐ nächtliches Wasserlassen, wie oft: _____

Welches ist Ihre Schlaflage?

☐ Bauch ☐ Rücken ☐ links ☐ rechts

☐ sitzend ☐ kniend ☐ zusammengerollt

Wann ist Ihre gewöhnliche Schlafenszeit?

übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

☐ häufig ☐ ab und zu ☐ ganz selten ☐ nie

wenn ja, wo und wann:

☐ Stirn-Augen-Schläfenregion ☐ Hinterhauptsregion ☐ _____

☐ halbseitig links ☐ halbseitig rechts ☐ doppelseitig

☐ wandernd von links nach rechts ☐ wandernd von rechts nach links

☐ morgens ☐ abends ☐ über den Tag

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Gibt es Probleme mit den Haaren? Welche? _____

☐ Haarausfall ☐ kreisrunder ☐ vereinzelter ☐ seit wann: _____

Gibt es Probleme mit den Augen? Welche? _____

☐ Bindehautentzündung ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig

☐ sonstige Beschwerden ☐ Brille seit: _____ ☐ wofür: _____

Gibt es Probleme mit den Ohren? Welche? _____

☐ Schmerzen links ☐ Schmerzen rechts ☐ halbseitig ☐ schwerhörig

☐ Ohrengeräusche ☐ Ohrendruck ☐ Mittelohrenentzündung

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

☐ 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

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

Stuhlgang	☐ täglich	☐ 2 - 3 x täglich	☐ jeden 2. Tag
	☐ unregelmäßig	☐ riecht nach: _____	
	☐ oft Verstopfung	☐ Durchfall-Neigung	☐ Blut
Stuhl-Konstistenz	☐ hell	☐ dunkel	☐ übel riechend
	☐ hart	☐ knollig	☐ weich
	☐ schmierig	☐ pastenartig	☐ kann nicht halten
Sonstiges	_____		

Arme - Beine - Rücken - Haut

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

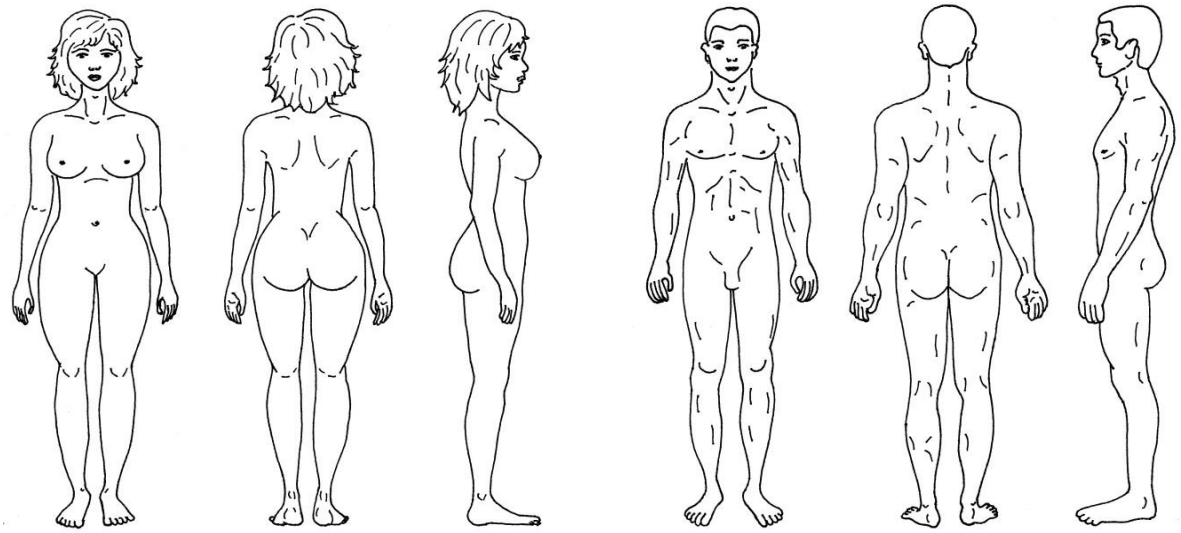
Gynäkologischer / Urologischer Bereich

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

Schmerzfragen

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 ☐ kolikartik

☐ 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? _____

Ich freue mich auf Sie

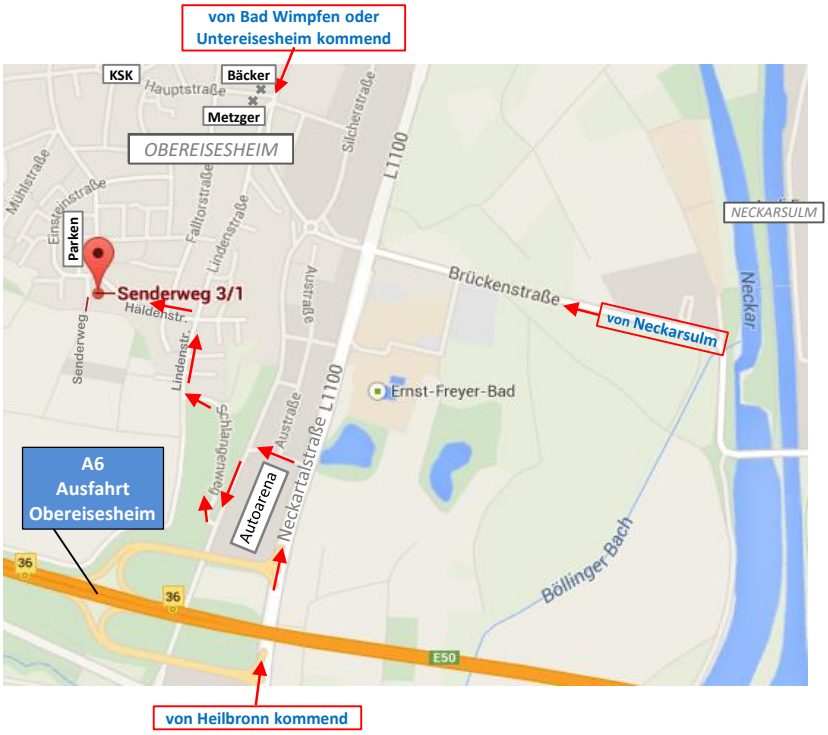
Vielen Dank für Ihr Vertrauen, mir Ihren Fragebogen für die Bearbeitung zu überlassen.
Je vollständiger Sie ihn ausgefüllt haben, desto nachhaltiger kann ich auf Ihre Themen eingehen.

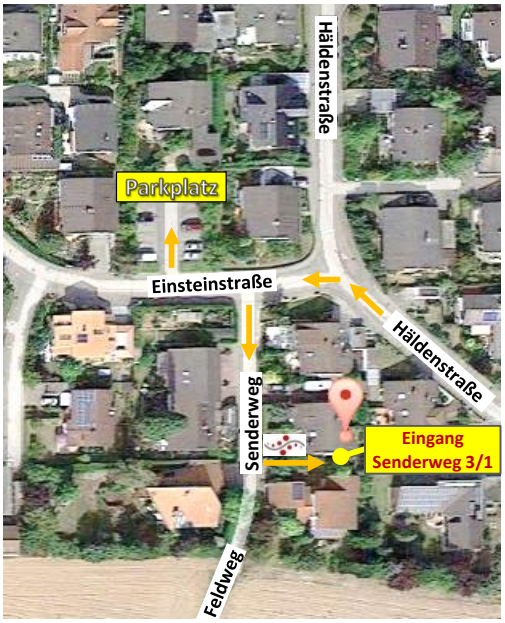
Falls Sie weitere Anmerkungen, Informationen oder Wünsche haben, für die Sie im Fragebogen keinen Platz gefunden haben, können Sie dafür gerne die folgenden Zeilen nutzen:

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 ausgefüllen 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.