

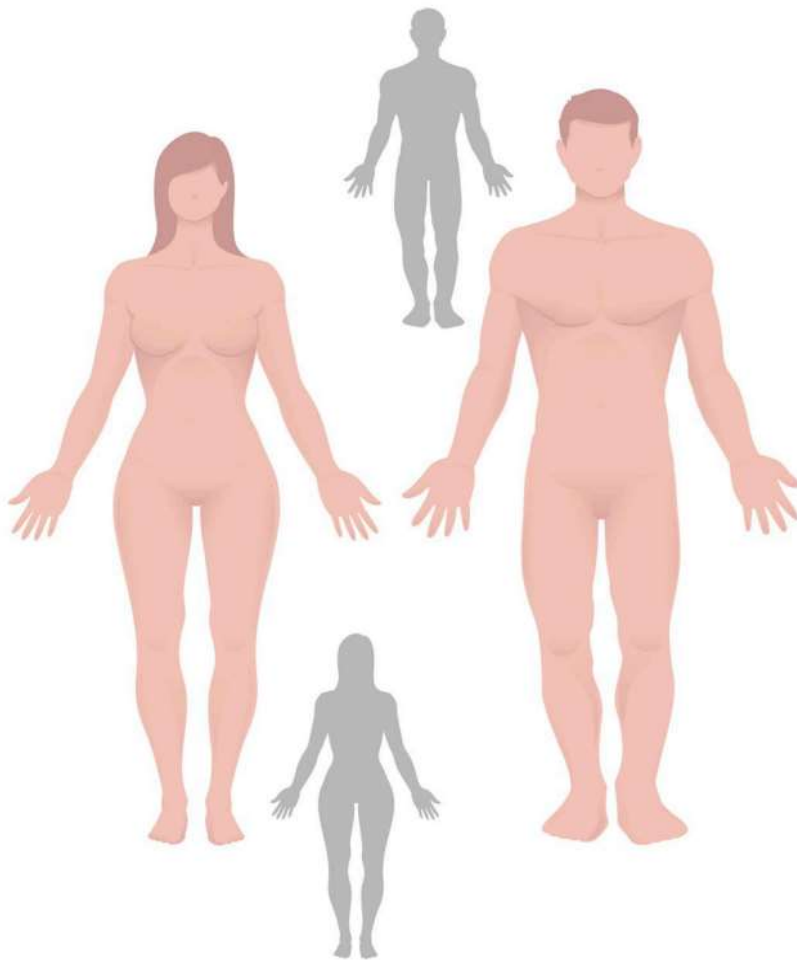
Anamnese – Fragebogen

Bitte den Fragebogen ausfüllen und zum Ersttermin mitnehmen.

Name: _____

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden? Bitte 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:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?

- Eine Erkrankung
- Trauer
- Operation
- Kummer
- Schreck
- Hautausschläge
- Andere:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Allgemeine Symptome

- Mangelnde Konzentration
- Ich bin müde und erschöpft
- Ich bin leicht reizbar
- Ich habe Angst und Schuldgefühle
- Ich schwitze sehr schnell
- Ich schwitze in der Nacht
- kalter Schweiß
- warmer Schweiß
- Ich friere sehr schnell

Wie belastbar bin ich derzeit?

- Sehr belastbar
- Mäßig belastbar
- Gar nicht belastbar

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig
- Selten
- nie

Augen

- Bindehautentzündung
- Kurzsichtig
- Weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- keine Beschwerden

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Nase verstopft
- Allergien
- keine Beschwerden

Ohren

- Schmerzen links/rechts
- Beidseitig
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck
- keine Beschwerden

Mandeln

- Operationen
- Mandelentzündungen
- keine Beschwerden

Schilddrüse

- Unterfunktion
- Überfunktion
- Vergrößerung
- Operation
- keine Beschwerden

Zähne/ Kiefer

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

- Wurzelbehandelte Zähne
- Empfindliche Zähne
- Zahnfüllmaterialien: Amalgan, Titan, Keramik, Gold, Kunststoff, Palladium
- Kiefergelenke: Schmerzen, Geräusche beim Kauen, Blockade, Zähneknirschen
- keine Beschwerden

Machen Sie regelmäßig Sport

- Ja,
Wie häufig: _____
- nein

Ist Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden?

- Ja, auf
 - Elektrosmog
 - Geopathie
- Nein, noch nicht

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitungen
- Bahnstrom in der Nähe
- Bäche/Flüsse in der Nähe
- Schimmelbelastung
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Induktionsherd
- W-Lan/ W-Lan Verstärker

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Schnurlose Telefone
- Internet
- Elektrische Geräte
- Wasserbett
- Boxspringbett
- Schaummatratze
- Federkernmatratze
- Bettmaterialien mit Silberfäden

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, wenn ja zu welcher Uhrzeit:
- Nächtliches Wasserlassen
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Nachtschweiß

Welche Nahrungsmittel essen Sie häufig?

- Milchprodukte
- Süßigkeiten
- Weißmehlprodukte
- Fleisch
- Fisch
- Gemüse
- Obst

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Chronologische Krankengeschichte

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

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs
- Tuberkolose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- Andere:

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____