



**Anamnese – Journal**

**Datum:**

**Name** .....

**Anschrift** .....

**Telefon** ..... **email** .....

**Geburtstag** .....

**Größe (aktuell)** ..... **Gewicht (aktuell)** .....

**Beruf**  
.....

**Hobbys** .....

**Familienstand** ..... **Kinder** .....

**Krankenkasse/ Zusatzversicherung**.....

**Wie sind Sie auf unsere Naturheilpraxis aufmerksam geworden?**

**Unter welchen Hauptbeschwerden leiden Sie:**

**In welchen Situationen treten die Beschwerden auf?**

**Wie äußern sich die Beschwerden:**



**Wodurch werden die Beschwerden besser:**

**Wodurch schlechter:**

**Bei Schmerzen:**

Welche Qualität haben die Schmerzen? Z.B. stechend, bohrend, drückend usw.

Wo würden Sie die Schmerzen einordnen auf einer Skala von 1-10? 1 = leicht , 10 = stärkste Schmerzen:

**Wurden Sie deswegen schon behandelt ?**

Wie?

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



**Wann haben Sie zuletzt Antibiotika einnehmen müssen?**

**Allergien? :**

**Arme – Beine – Rücken – Haut**

**Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, kalte Hände u.a.

**Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, OP's, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl ?

**Rücken** Schmerzen, Hexenschuß, Ischias, Skoliose usw.

**Haut / Nägel** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung  
Allergische Hautreaktionen auf.....  
Kälteempfindlich – leicht frieren, Hitzeempfindlich – Wärme nicht vertragen können  
Schwitzen – wo.....  
Schwitzen am Tage und oder nur Nachts?.....  
Schweißgeruch?.....



**Gynäkolog.** Ausfluß – keinen, stark, weiß, gelb, klumpig, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abtreibungen Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

**Mensis** Wann war die erste Mensis.....wann war die letzte.....  
Zyklus (28 Tage, kürzer oder länger).....  
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun, stark, schwach.....  
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche.....  
Zwischenblutungen?.....  
Klimakterische Beschwerden?.....

**Prostata** vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen?.....

**Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr?

**Kopf** leiden Sie unter Kopfschmerzen? – Häufig, selten, Stirn – Schläfen, Hinterhaupt, halbseitig, doppelseitig, wechselnd, morgen ,abends, Auslöser:

**Augen** Bindehautentzündung, Kurzsichtig, Weitsichtig, sonstige Beschwerden?

**Ohren** Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen bei Wind, Kälte, Geräusche  
Schwindel?

**Zähne** Häufige Zahnarztbesuche, Probleme mit den Zähnen – welche

**Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....



- Nase** OP, Heuschnupfen, Allergien auf.....  
Behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderungen, häufig Nasen-  
Nebenhöhlenentzündungen? Nasenbluten?
- Mandeln** Häufige Mandelentzündungen, OP?
- Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

### Brust – Bauch – Rücken

- Brustdrüse** Beschwerden, OP
- Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Blutdruck hoch/niedrig
- Lunge** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Atembeschwerden
- Galle** Steine, Koliken, OP, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit?
- Leber** Entzündung, Fettleber, Hepatitis, Gelbsucht
- Magen** Völlegefühl, Gastritis – Magenschleimhautentzündung, Appetitlosigkeit,  
Geschwüre, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Druck im Oberbauch
- Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm-OP, Blähungen – Geruch
- Stuhl** täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach?.....  
Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall.....  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, breiig, schmierig, pastenartig,  
Bleistiftförmig.....
- Niere / Blase** Steine / Entzündungen ?.....
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht gehalten werden, Farbe, Geruch.....  
Passt die Harnmenge zur Trinkmenge?
- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen  
Sie im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, kalte Füße,  
Zähneknirschen



**Träume**            Wiederkehrende Träume, Albträume, schrecklich, schön, gegen Morgen?

**Ernährung**

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Falls ja , welche

Wie groß ist Ihre tägliche Trinkmenge an Mineralwasser und Kräutertees?

Bitte geben Sie jeweils an, wie gerne Sie etwas mögen oder wie wenig, frei von gesundheitlichen oder anderen Erwägungen. Bitte geben Sie außerdem eventuelle Unverträglichkeiten oder allergische Reaktionen an.

<b>Nahrungsmittel</b>	<b>Verlangen</b>	<b>Abneigung</b>	<b>Allergien</b>
<b>Bitteres</b> .....			
<b>Salziges</b> .....			
<b>Süßes</b> .....			
<b>Saures</b> .....			
<b>Scharfes</b> .....			
<b>Warme Speisen</b> .....			
<b>Warme Getränke</b> .....			
<b>Kalte Speisen</b> .....			
<b>Kalte Getränke</b> .....			
<b>Milch</b> .....			
<b>Fett/Butter/Öl/Sahne</b> .....			
<b>Fleisch</b> .....			
<b>Fisch</b> .....			
<b>Getreide</b> .....			
<b>Schokolade</b> .....			
<b>Eier</b> .....			
<b>Obst</b> .....			



**Gemüse**.....

**Kaffee**.....

**Schwarzer Tee**.....

**Alkohol**.....

**Bitte notieren Sie sich 2 Tage lang was Sie den ganzen Tag über essen und trinken. Bitte jetzt keine besondere Diät, nicht an Festtagen – sondern im Alltag:**

**Sonstiges**

Leiden Sie an mangelnder Konzentration?.....

Sind Sie  
wetterempfindlich?.....

Treiben Sie regelmäßig Sport?.....

Hat sich Ihr Gewicht innerhalb der letzten Wochen verändert?.....

Rauchen Sie regelmäßig? – Wenn ja, wieviele Zigaretten etwa pro Tag ? .....

Wird Ihnen leicht schwindelig? – Wann?

Werden Sie leicht ohnmächtig?

Sind Sie leicht niedergeschlagen / traurig?



Haben Sie häufiger Gedanken an Tod oder Selbstmord?

Gibt es belastende Ängste, Schuldgefühle, Konflikte? Stehen Sie derzeit unter großem Stress?

Sind Sie ein geduldiger Mensch?

Wie beschreiben Sie sich selbst? Z.B. wie gehen Sie mit Emotionen wie Wut, Ärger oder Ängsten um?  
Sind Sie grüblerisch, spontan oder planen Sie immer im voraus?

Leiden Sie an besonderen Ängsten – Dunkelheit, enge Plätze, Einbrecher u.a.?

Wie fühlen Sie sich in Ihrer Beziehung?

Sind Sie geimpft? – Und gab es Impfreaktionen?



## Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.

## Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen Bekannt?

Bitte geben Sie an, ob Mutter, Vater oder Geschwister an folgende Erkrankungen litten oder leiden:

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck.....			
Niedriger Blutdruck.....			
Herzerkrankungen.....			
Gefäßerkrankungen.....			
Schlaganfall.....			
Asthma.....			
Tuberkulose.....			
Rheuma.....			
Gicht.....			
Steinkrankheiten.....			
Krebs.....			
Epilepsie.....			
Zuckerkrankheit.....			
Multiple Sklerose.....			
Schuppenflechte.....			



**Allergien.....**

**Geisteskrankheiten.....**

**Selbstmord.....**

**Alkoholismus.....**