



Anamnese - Fragebogen

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Ort _____

E-Mail _____

Beruf _____

Geburtstag _____

Telefon privat _____

Größe _____ Gewicht _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Familienstand/Kinder _____

Versicherung: Gesetzlich Beihilfe/Post

Privat-Versicherung Privat-Zusatzversichert

Name der Versicherung: _____

Anleitung – bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten oder ankreuzen.

Ihr Wünsche – für welche Beschwerden wünschen Sie sich eine Besserung – nennen Sie bitte nicht nur medizinische Diagnosen sondern konkrete Symptome und Beschwerden.

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, z.B. Krebs, Tuberkulose, Neurologische Erkrankungen , Geschlechtskrankheiten, Depressionen Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne usw.

Sonstiges: _____

Weitere Erkrankungen – welche Erkrankungen treffen für Sie zu!

- Hoher Blutdruck Diabetes Nierenbeschwerden Pilze Allergien
- Herzleiden Depressionen Schwindel Asthma Migräne/Kopfschmerzen
- Hautkrankheiten Schilddrüsenbeschwerden Durchfall/Verstopfung
- Schlafstörungen Durchblutungsstörungen
- Sonstige:

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

- wenn ja welche Blutfette Zucker Harnsäure Schilddrüse Blutdruck/Herz Hormone Sonstige:

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Antibiotika eingenommen ?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne? Ja Nein

Wenn ja wie häufig

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen

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

Ohren

links / rechtsTinnitus seit Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/ Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien

Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung,
 verstopft

Mandeln

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Autoimmunerkr., Vergrößerung, Operation,
 Medikamente

Brust und Bauch

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

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung, Hepatitis

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

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, übelriechend

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, Pasten artig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine - Haut

Arme – Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine – Schmerzen, Krampfadern, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken – Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Nägel brüchig – reizen ein

Narben

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja – bitte beim Besuch zeigen

Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche?

Klimakterische Beschwerden

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Prostata – vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen etc.

Niere/Blase – Nierensteine, Entzündungen – häufig.....

Harn – viel, wenig, häufig, kann nicht halten,

Geruch nach

Sexualität – vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Meine Blutgruppe Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie?

Auf einer Skala von 1-10 – Wieviel Energie haben Sie?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf – Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße

Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

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

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress,
 Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit
 Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
 Schmerzmittel, Urlaub

Ernährung

Bitte notieren Sie, welche Nahrungsmittel Sie gestern bzw. heute gegessen haben? Was haben Sie getrunken?

Gestern/Heute/Morgens/Mittags/Abends/Zwischenmahlzeiten

.....
.....

Haben Sie Heißhunger, auf?.....

Salz / Süßes / Saures / Fettiges / Sonstiges

.....
.....

Chronologie

Chronologie der Krankengeschichte

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

Gemüt

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.
Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Grollen Sie jemanden?

Was ist Ihre größte Sorge im Leben?

Was ist Ihr größter Wunsch? Welche Ziele haben Sie im Leben?

Bioidentische Hormontherapie

Bei Frauen wie auch bei Männern entstehen Symptome und Krankheiten durch das Nachlassen der Hormonproduktion im höheren Lebensalter.

Vielen FRAUEN ist die Problematik der Wechseljahre aus leidvoller Erfahrung bekannt. Bei ihnen entwickeln sich die zugehörigen Symptome (siehe unten) typischerweise mit dem Ausbleiben der Monatsblutungen oder danach.

Bei MÄNNERN gibt es einen solchen deutlichen Zeitpunkt des Nachlassens der Hormonproduktion nicht. Sie lässt vielmehr langsam, aber trotzdem stetig nach.

Mit dem Einsatz naturidentischer Hormone nach der Rimkus-Methode lassen sich bei Frauen UND Männern die Folgen der nachlassenden Homonproduktion wissenschaftlich fundiert und nebenwirkungsfrei therapieren.

Symptome der Wechseljahre von Mann und Frau

- Hitzewallungen
- Schweißausbrüche
- Depressionen
- Leistungsknick
- Schlafstörungen
- Störungen der Libido
- Erektile Dysfunktion
- Gedächtnisschwund
- Kopfschmerzen
- Angina pectoris
- Haarverlust (Kopf)
- Fettsucht
- Atemnot
- Alterung der Haut
- Sehstörungen
- Osteoporose