



Naturheilpraxis
Sabine Jung

Der Anamnese Fragebogen

Liebe Patienten,

durch meine vielseitigen Therapiemöglichkeiten bin ich bestrebt, Ihnen in allen Belangen, natürlich auch unter dem Aspekt der ganzheitlichen Betrachtung, zu helfen und Sie zu unterstützen.

Darum bitte ich Sie, mir diesen Anamnesebogen nach bestem Wissen auszufüllen und per Email oder Post **VOR** Ihrem Besuch in meiner Praxis zurückzusenden, damit ich mir schon im Vorfeld ein Gesamtbild machen kann.

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, so lassen Sie diese bitte einfach aus. Wir werden sie dann gemeinsam besprechen.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin eventuelle Atteste, Befunde, Impfpass etc mit oder legen Sie diese als Kopie dem Anamnesebogen bei.

Vielen Dank schon heute für Ihre Zusammenarbeit!

Ich freue mich auf Sie.

Sabine Jung

WICHTIG

Diese Datenerhebungen sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht!

**Anamnese - Fragebogen**

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Geburtsort _____
Straße _____ Tel. priv. _____
PLZ-Ort _____ Tel. Beruf _____
Beruf _____ Familienstand/Kinder _____
Körpergröße _____ Gewicht _____ Blutdruck _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
 Beihilfe/Post
 Privat-Versicherung
 Privat-Zusatzversicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen - ansonsten bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. mit eigenen Worten beantworten.

An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

- | | Seit |
|---|-------|
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes | _____ |
| <input type="radio"/> Nierenbeschwerden | _____ |
| <input type="radio"/> Allergien | _____ |
| <input type="radio"/> Herzleiden | _____ |
| <input type="radio"/> Migräne/Kopfschmerzen | _____ |
| <input type="radio"/> Depressionen | _____ |
| <input type="radio"/> Hautkrankheiten | _____ |
| <input type="radio"/> Schwindel | _____ |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenbeschwerden | _____ |
| <input type="radio"/> Asthma | _____ |
| <input type="radio"/> Rheuma | _____ |
| <input type="radio"/> Pilze | _____ |
| <input type="radio"/> Durchfall/Verstopfung | _____ |
| <input type="radio"/> O Schlafstörungen | _____ |
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen | _____ |
| <input type="radio"/> Sonstige | _____ |
-
-

Welche Beschwerden belasten Sie aktuell am meisten?

1. _____
2. _____
3. _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine

Erkrankung – Kummer – Trauer – Stress – Operation – Hautausschläge – Medikamente- usw.

Werden die Schmerzen durch Bewegung besser schlechter kein Einfluss
 Treten die Schmerzen in Ruhe nachts tags Wärme Kälte auf?
 Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst? ja nein

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

Gibt es Fremdbefunde? Wenn ja, **bitte mitbringen.** nein
 Bildgebende Verfahren? Wenn ja, **bitte mitbringen.** nein
 Ärztliches Labor/Blutbefunde? Wenn ja, **bitte mitbringen.** nein

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Krebs – Tuberkulose – Geschlechtskrankheiten – Herzkrankheiten – Gefäßkrankheiten – Schlaganfall – Asthma – Zuckerkrankheit – Rheuma – Nierensteine – Gallensteine – Multiple Sklerose – Gicht – Allergien – Schuppenflechte – Neurodermitis – Migräne
 Andere: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? In welcher Dosierung und seit wann?

Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.

| Medikament | Dosierung | Einnahme seit |
|------------|-----------|---------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Nehmen Sie Abführmittel? ja nein

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen? _____

Weshalb? _____

ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

Nehmen Sie Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamin C | <input type="checkbox"/> Vit. B – Komplex | <input type="checkbox"/> Vitamin D |
| <input type="checkbox"/> Vitamin E | <input type="checkbox"/> Folsäure | <input type="checkbox"/> Multivitamine |
| <input type="checkbox"/> Vitamin A | <input type="checkbox"/> Vit. B12 | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> Selen | <input type="checkbox"/> Soja |
| <input type="checkbox"/> Calcium | <input type="checkbox"/> Zink | <input type="checkbox"/> Rotklee / Nachtkerzenöl |
| <input type="checkbox"/> Kalium | <input type="checkbox"/> Kupfer | <input type="checkbox"/> Johanniskraut |
| <input type="checkbox"/> Eisen | <input type="checkbox"/> Jod/ Algen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Hatten Sie Infektionskrankheiten wie....?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersch. Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie erhalten? Wann?

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Grippe | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |
- Covid 19: 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____

Gab es Reaktionen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, sonstige :

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

ja nein

Haben Sie Narben von Operationen?

ja nein

Wo: _____

Rauchen Sie?

ja nein

Wieviel pro Tag?

Haben Sie Zahnfüllungen aus:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Brücken |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | <input type="checkbox"/> Titan |
| <input type="checkbox"/> Palladium | <input type="checkbox"/> Implantate | |

Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt? ja nein wann?

Wurde eine Amalgam-Ausleitungstherapie durchgeführt? ja nein wann?

Gibt es Weisheitszähne, die evtl gegen andere Zähne drücken? ja nein

Haben Sie: Zahnfleischbluten - Parodontose - wurzelbehandelte Zähne - verlagerte Zähne

Sind Sie beruflich privat besonderen Umweltbelastungen ausgesetzt? z.B.:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Schimmel | <input type="radio"/> Lacke/Farben | <input type="radio"/> Bildschirm- Arbeit |
| <input type="radio"/> Mehlstaub | <input type="radio"/> Feinstaub | <input type="radio"/> Handymast |
| <input type="radio"/> Tankstelle | <input type="radio"/> Chemikalien | <input type="radio"/> Handy am Körper |

Emotionales / Belastung

- Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein
- Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
- Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein
- Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein
- Halten Sie enge Räume aus? (z.B. Fahrstühle etc.) ja nein
- Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja nein
- Sind Sie müde und erschöpft? ja nein
- Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein
- Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle- Konflikt? ja nein
- Schwitzen Sie leicht? ja nein
- Schwitzen Sie nachts? ja nein
- An welchem Körperteil: _____
- kalter Schweiß warmer Schweiß
- Frieren Sie schnell? Kalte Hände Kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? Sehr belastbar - mäßig belastbar - gar nicht

Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung?

- als angemessen akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung?

- als angemessen akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **nervliche** Belastung?

- als angemessen akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung?

- als angemessen akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie? _____
wöchentlich _____mal je ca. _____Minuten

Welche Art von **Fitness** oder **Bewegung** praktizieren Sie regelmäßig? _____

Wie oft in der Woche? _____mal Wie lange? je _____Minuten

Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen **Mittagsschlaf**? _____mal

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

Sehr gut - gut - mäßig - schlecht

Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?

ja nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin? sehr gut - gut - mäßig - schlecht

Sind Sie glücklich?

ja nein

Haben Sie Ängste/Sorgen?

ja nein

Welche: _____

Wohnung / Schlaf

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

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe - Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe - Bäche, Flüsse in der Nähe - Schimmelpilzbelastung - Antiquitäten/Holzschutzmittel - Teppichböden - Mikrowelle

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone/Internet - elektrische Geräte standby - Wasserbett - eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit - Sprechen im Schlaf - Zähneknirschen - Unruhe in den Beinen - heiße Füße Schwierigkeiten beim Einschlafen - Nachtschweiß - Lebhaftige Träume - häufiges Erwachen

um wieviel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlafelage:

Bauch - Rücken - links - rechts - sitzend - kniend - zusammengerollt

Schlafzeit:

Übliches zu Bett gehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

Treiben Sie Sport? ja nein

Haben Sie Haustiere? ja nein

Ernährung

Wie viel und was trinken Sie? Bitte genau!

Wasser

Kräutertee

Säfte

Bier

Wein

Sekt

Kaffee

Schwarzen Tee

Grünen Tee

Sind Sie Vegetarier? ja nein

Sind Sie Veganer? ja nein

Wie ernähren Sie sich vorwiegend?

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Bitte wie oft oder wie viel dahinter schreiben.

Zucker

Zuckerersatzstoffe

Milchprodukte

Weißmehlprodukte

Eier

Nüsse

Süßigkeiten

Kuchen

Haben Sie Allergien? Seit wann?

Pollen(wann) _____

Nahrungsmittel _____

Besteht eine Laktose/Fruktose oder Gluten Unverträglichkeit? ja nein

Sind Sie nach dem Essen müde?

ja nein

Völlegefühl - Sodbrennen - Appetitlosigkeit

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach: Süß - Sauer - Pikant - Bitter - Salzig - Scharf - Fleisch - Eier - Obst - Nikotin - Alkohol
Abneigungen gegen: Süß - Sauer - Pikant - Bitter - Salzig - Scharf - Fleisch - Eier - Fett

Wurden Sie gestillt?

ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche?

ja nein

Wären Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja nein

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

___ x täglich ___ x wöchentlich

Neigung zu: Durchfall - Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

geformt - breiig - wässrig - wechselt - verstopft - knollig - hell - dunkel - übel riechend - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden - gibt es Blutauflagerungen?

Hämorrhoiden? ja o Blut hell o Blut dunkel o Juckreiz o nein

Haben Sie häufig Blähungen? ja nein

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? häufig - selten - nie

wenn ja,

wo und wann: Stirn-Augen-Schlafenregion - Hinterhauptregion - halbseitig links - halbseitig rechts
 doppelseitig - wandernd von links nach rechts - wandernd von rechts nach links - morgens - abends

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Haare: Haarausfall - kreisrunder - vereinzelter - seit wann:

Augen: Bindehautentzündung - kurzsichtig - weitsichtig - sonstige Beschwerden
 Brille seit:

Ohren: Schmerzen links - Schmerzen rechts - beidseitig - schwerhörig
 Ohrengeräusche/Tinnitus - Ohrendruck - Mittelohrentzündungen

Nase: Operationen - Heuschnupfen - häufige Nasennebenhöhlenentzündungen
 - behinderte Nasenatmung - Nase verstopft - Allergien auf:

Absonderungen : wässrig - schleimig - eitrig - grünlich

Mandeln: Operation - häufig Mandelentzündungen - als Kind - heute

Schilddrüse: Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Operation - Hashimoto

Brust- Bauch -Rücken

| | |
|--------------------|--|
| Brustdrüse | Auffälligkeiten - Beschwerden - Operation |
| Herz | Beschwerden - Stechen - Druckgefühl - Beklemmung Rhythmusstörungen - Infarkt – hoher/niedriger Blutdruck |
| Lunge | Bronchitis - häufig Husten – Atemnot - Auswurf |
| Leber | Entzündungen - Hepatitis - Zirrhose |
| Galle | Steine - Koliken – Operation - Druck im re Oberbauch - Fettunverträglichkeit |
| Magen | Völlegefühl – Gastritis - Appetitlosigkeit - Nahrungsmittelallergien Abneigung gegen Fleisch |
| Darm | Infektionen – Hämorrhoiden – Blinddarmoperation - Morbus Crohn Colitis Ulcerosa - Blähungen, Geruch nach: |
| Rücken | Schmerzen – Hexenschuss - Ischias - Skoliose - Bandscheibenvorfall |
| Niere/Blase | Nierensteine – Beschwerden beim Wasserlassen - Entzündungen - häufig: |

Arme –Beine-Bauch

| | |
|-------------------|--|
| Arme | Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Kalte Hände - Tennisellenbogen |
| Beine | Schmerzen (in Ruhe/beim Gehen) - Krampfadern – Operationen - Verletzungen - Kalte Füße – Kribbeln - Taubheitsgefühl |
| Rücken | Beweglichkeit - Verspannungen – Belastungen |
| Haut/Nägel | Verbrennungen - Narben – Geschwüre - Hautjucken - Warzen - eingewachsene Nägel - Nagelbettentzünd. – Nagel-/Fußpilz Allergien auf: _____ |

Gynäkologischer /Urologischer Bereich

- Gynäk.** Ausfluss: keinen - stark - weiß - gelb - färbt die Wäsche - wundmachend
- Schmerzen - Eierstockentz. - Ausschabungen – Fehlgeburten -
Geburten/wievieler:
Abtreibungen - Tumore - Zysten - Myome - Geschlechtskrankheiten
- Menses** Wann war die erste Menstruation:
- Blutungen sind: hell -dunkel - klumpig - braun - unregelmäßig - regelmäßig
- Haben Sie Beschwerden - vor – während – nach - der Menstruation?
- Welche Art Beschwerden? _____
- Klimakterium
- Aktuelle Schwangerschaft? ja nein
- Prostata** vergrößert – Entzündungen - Beschwerden beim Wasserlassen
Geschlechtskrankheiten
- Harn** viel, wenig, kann nicht halten, Geruch nach _____
- Sexualität** vermindert - verstärkt – unbefriedigt - Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

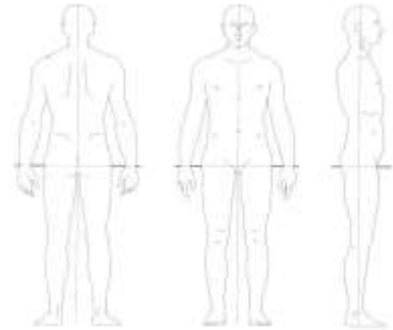
Hormone

- Haben/Nehmen Sie **Hormonpräparate** (Schilddrüse, Cortisol, Insulin...) eingenommen?
- Welche? _____
- Verhütungsmittel?** Hormonspirale-Stäbchen-Ring?
- _____
- Seit wann? _____
- Haben Sie jemals Muskelaufbau-oder Fitness Präparate genommen? ja nein
- Welche? _____

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

Kreuz = Punktförmiger Schmerz
 Linie = Unklare Schmerzlokalisation
 Pfeil = Ausstrahlender Schmerz



Schmerzsкала für den Hauptschmerz von 1-10:

1= schwach
 5= mittel
 10= sehr stark

meine Schmerzsкала liegt bei: _____

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

Wie ist das Schmerzempfinden?

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

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 - Sport - Kälte - Wärme - Schmerzmittel - Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung - Blässe - Schwellung - Berührungsempfindlichkeit - Schweißbildung
 Seh- oder Hörstörungen - Gangunsicherheit - Muskelschwäche - Müdigkeit
 Schwindel - Bewegungseinschränkung

Schmerzbehandlung erfolgte bisher wie...? _____

Chronologische Krankheitsgeschichte

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

Was wünschen/erwarten Sie sich von meiner Behandlung?

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen **bis 1 Woche** vor dem Behandlungstermin zu,

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Zeit und Ihr Vertrauen.

Per Mail an: praxis@nhp-jung.de

Per Post an:

Naturheilpraxis
Sabine Jung
Wernerstr. 25
71691 Freiberg

Teil 2 – Migräne

Wann trat die Migräne zum **ersten Mal** auf? _____

Gab es in **zeitlichem Zusammenhang** evtl:

Unfälle – Stürze – Pubertät – Ortswechsel – Operationen – Konflikte – Arbeitsplatz/Schulwechsel

Sonstiges: _____

Wie oft leiden Sie unter Migräne? häufig - selten - nie wenn ja,

wo und wann: Stirn-Augen-Schläfenregion – Hinterhauptregion - halbseitig links -
halbseitig rechts - doppelseitig - wandernd von links nach rechts –
wandernd von rechts nach links - morgens – abends – mit Aura

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Wie oft traten die Migräneattacken in letzter Zeit auf?

Täglich – mehrmals wöchentlich – wöchentlich - ___ x im Monat

Haben andere **Familienmitglieder** ebenfalls Migräne? ja nein

Wer: _____

Gab es in der **Vergangenheit** evtl:

Schleudertrauma – Unfälle – Vollnarkosen – Instabile Halswirbelsäule

Leiden Sie öfter unter verstopfter Nase? ja nein

Nehmen Sie die **Pille**
oder eine andere **hormonhaltige Verhütungsmethode**? ja nein

Nehmen Sie ua. diese **Medikamente**:

Cholesterinsenker – Antidepressiva – Diabetesmedikamente – Blutdrucksenker?

Bestehen **chron. Entzündungen** der:

Nebenhöhlen – Mandeln – Galle – Magen – Darm?

Wie ist der **Stuhlgang** (siehe Seite 7 – bitte ausfüllen)

Zähne (siehe Seite 4 – bitte ausfüllen)

Narben (siehe Seite 4 – bitte ausfüllen)

Ernährung:

Wann essen Sie was?

Frühstück: _____**Wann:****Mittagessen:** _____**Wann:****Abendessen:** _____**Wann:**Tritt Ihre **Migräne** in **zeitlichem Zusammenhang** mit dem **Essen** auf? ja neinHeißhungerattacken auf **Süßes** ? ja nein**Leiden** Sie unter:Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Allergien – Histaminintoleranz – Glutenunverträglichkeit –
Glutamatunverträglichkeit**Vertragen Sie** Rotwein – Banane - Erdbeeren?Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang mit dem **Menstruationszyklus**? ja neinIst der Zyklus **regelmäßig**? ja neinHat sich die Migräne bzgl. Entstehung, Häufigkeit und Intensität
durch eine **Schwangerschaft/Geburt** verändert? ja nein**Welche Behandlungsversuche gab es?** _____**Welche Medikamente wurden bis jetzt eingenommen:** _____**Wie häufig?** _____**Liegen andere folgende Krankheiten vor?**

Hashimoto – Schilddrüsenunterfunktion – Magenprobleme – Leberschwäche

Liegen wandernde **Gelenkschmerzen** oder **Herzrhythmusstörungen** vor? ja neinIst der **Schlafraum** dunkel? ja neinWird der **Schlaf** als erholsam empfunden? ja nein**Schlafplage** (siehe Seite 6 – bitte ausfüllen)Wird **Sport** getrieben? ja neinWirkt sich dieser auf das Migräneverhalten aus? ja nein

Inwiefern? _____