



NATURHEILPRAXIS
FRANZ PROST
HEILPRAKTIKER

Lucas Cranach Str. 15
84453 Mühldorf
+49 1522 1936474
www.naturheilpraxis-franz-prost.de
info@naturheilpraxis-franz-prost.de

Anamnese – Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu, Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin folgende Unterlagen mit:

- Ausgefüllter Fragebogen
- Aktuelle und ältere Befunde von Heilpraktikern, Ärzten, Krankenhäusern, usw.
- Impfausweis
- Beipackzettel Ihrer Medikamente

Name & Vorname _____

Geburtsdatum & -ort _____

Straße & Hausnummer _____

PLZ & Wohnort _____

Telefon (privat, Beruf) _____

Handy (privat, Beruf) _____

E-Mail _____

Beruf _____

Familienstand, Kinder _____ **Blutgruppe** _____

Körpergröße & -gewicht _____ **Blutdruck** _____ / _____

Versicherung Gesetzlich versichert Privat versichert
 Beihilfe / Post Kranken-Zusatzversicherung

Name der Versicherung und Tarif _____

Meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie Ihren Ersttermin ohne (rechtzeitige) Absage / Begründung nicht wahrnehmen, werden Ihnen Kosten in Höhe von 90 Euro berechnet.

Die Absage bitte ich, wenn möglich, mindestens 24 Stunden vor dem Termin mitzuteilen.

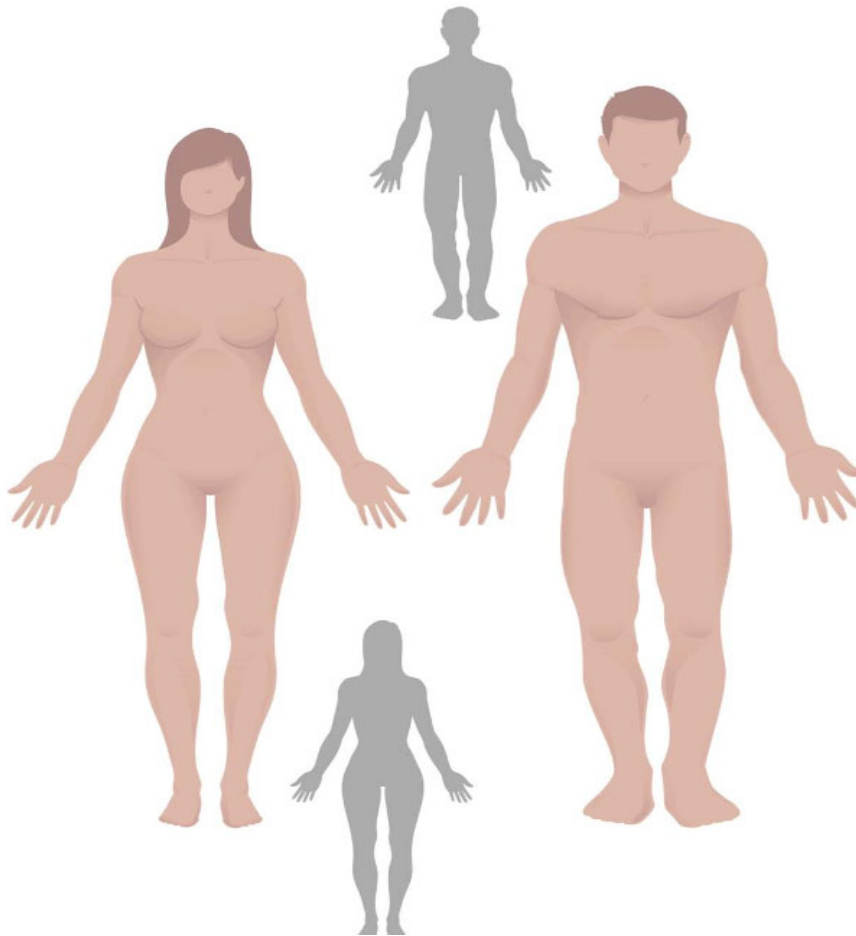
Die Behandlungen sind unabhängig von einer Kostenerstattung durch Krankenkassen in voller Höhe zu bezahlen.

„Ich habe diesen Fragebogen sorgsam gelesen & ausgefüllt. Ich bin mit dem Behandlungstermin einverstanden.“

Ort, Datum und Unterschrift

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach 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: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____
6. _____ seit: _____
7. _____ seit: _____

Warum? (Gab es ein Ereignis vor dem Auftreten der Beschwerden, wie z.B. Erkrankung, Trauer, Schock, Operation, Medikamente, Impfung, ...? Oder sind andere Auslöser für die Beschwerden bekannt?)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? (Bitte genau!)	
Behandlung:	Erfolg:

Sonstige Erkrankungen / Operationen / Behandlungen (durch Ärzte / Heilpraktiker)?		
Erkrankung / Operation / Behandlung	Zeitpunkt / Jahr	Besteht immer noch?

Medikamenteneinnahme	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein oder haben Sie in den vergangenen Monaten oder Jahren eingenommen? (Name, Dosis,)	

Familienanamnese	
Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, ...)	

Allergien	
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen Eier, Gluten, Milch, Laktose, Fruktose, Glutamat, ...?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Haben Sie Heuschnupfen oder andere Pollen-Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Medikamenten-Allergien? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?				
(Kuh-)Milchprodukte	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Süßigkeiten / Zucker	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Kuchen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Fleisch	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Fisch	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Gemüse	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Obst	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Nüsse	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Täglich	<input type="checkbox"/> Mehrmals täglich
Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?				<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Allgemeines	
Was erwarten Sie von meiner Behandlung?	
Wie viel Zeit geben Sie sich und mir als Ihrem Therapeuten, um das gewünschte Therapieziel zu erreichen?	
Wie würden Sie erkennen, dass Sie ihr Therapieziel erreicht haben?	
Wie hoch ist Ihr Glaube, das Therapieziel zu erreichen?	
Welche Möglichkeiten haben Sie, um Ihrerseits das Gelingen des Therapieziels zu unterstützen?	
Was tun Sie derzeit für Ihre Gesundheit / Wohlbefinden?	
Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?	
Was würden Sie gewinnen, was verlieren, wenn Sie Ihr Problem bzw. Ihre Beschwerden nicht mehr hätten?	
Wie würden das die Menschen sehen, zu denen Sie einer Beziehung stehen?	
Erzählen Sie mir etwas über sich (Elternhaus, Kindheit, Beruf, Familie, soziales Umfeld).	
Gib es irgendein Verhalten an Ihnen, das störend auf Sie selbst oder andere wirkt und das Sie gerne verändern möchten?	
Haben Sie schon einmal eine Hypnose sich machen lassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Notieren Sie Ihre schönsten Erlebnisse in Ihrem Leben:	
Notieren Sie Ihre schlimmsten Erlebnisse in Ihrem Leben:	
Notieren Sie wo Sie sich am wohlsten fühlen (Welcher Ort?):	

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht und gegen was wurden Sie geimpft?			
Masern	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Mumps (Ziegenpeter)	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Röteln	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Windpocken	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Scharlach	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Nein	
Tetanus	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Diphtherie	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Polio (Poliomyelitis)	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
HiB (Hämophilus Influenzae B)	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Hepatitis A und B	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Meningokokken	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Influenza (Grippe)	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Gebärmutterhalskrebs	<input type="checkbox"/> Durchgemacht	<input type="checkbox"/> Geimpft, wann:	<input type="checkbox"/> Weder noch
Sonstige Impfungen? Welche?			

Allgemeine Lebensführung	
Wie viel Alkohol und welche Sorte trinken Sie täglich?	
Wie viel Zigaretten rauchen Sie täglich? Seit welchem Alter?	
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Ein- oder Durchschlafprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann und wie lange sind Sie wach?	Zeit und Dauer:
Haben Sie große Sorgen oder sind Sie oft nervös?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen (z.B. Zwänge, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie auffallend viel oder wenig Durst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viel und was trinken Sie täglich?	
Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe / Süßstoffe zu sich? (Achtung: auch in Cola light, Kaugummis,)	
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Nachtschweiß?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwitzen Sie stark?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wo haben Sie Narben?	
Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen Sport?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welchen:
Welche Hobbies haben Sie?	

Kopfbereich		
Leiden Sie unter Schwindel oder Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen? In welchem Kopf-Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Probleme mit den Augen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Welche:
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fliest manchmal Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig oder ständig Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein Welche:

Zähne	
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	<p>Bitte markieren Sie erkrankte / behandelte Zähne:</p> <p>Das Diagramm zeigt eine Draufsicht auf die menschlichen Zähne, unterteilt in den Oberkiefer (oben) und den Unterkiefer (unten). Eine vertikale Linie trennt die rechte Seite (links im Bild) von der linken Seite (rechts im Bild). Die Zähne sind als Kreise dargestellt, die in Gruppen angeordnet sind. Die Beschriftungen 'Rechte Seite', 'Linke Seite', 'Oberkiefer' und 'Unterkiefer' sind deutlich zu sehen.</p>
Haben Sie Zahnbeschwerden? Welche Zähne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Zahnfüllungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche Materialien?	
Wurde Amalgam entfernt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann und wie?	
Haben Sie tote oder wurzelbehandelte Zähne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche Zähne?	
Haben Sie Schmerzen oder Geräusche beim Kauen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Haut	
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Hautjucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie schnell blaue Flecken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Heilen Ihre Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Halsbereich			
Haben Sie Halsschmerzen bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurden die Mandeln (Gaumenmandeln) entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange schon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie lange:

Brust- und Bauchbereich			
Leiden Sie unter Husten? Wie lange schon? Wie ist der Auswurf beschaffen? Blut im Auswurf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie lange: Beschaffenheit:
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Asthma-bronchiale-Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche:
Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Blähungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hatten Sie Gallenkoliken oder Nierenkoliken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurde der Blinddarm entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles (z.B. Verstopfung / Durchfall / Schmerzen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche:
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Veränderung:
Wie häufig haben Sie Stuhlgang?			
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Arme und Hände		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Gefühlsstörungen in Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Beine und Füße		
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen? Oder in Bein-Gelenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Harn- und Geschlechtsorgane		
Schmerzen in der Nierengegend oder beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Veränderungen von Harnmenge oder Harnfarbe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten, Urin willentlich zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie regelmäßig nachts raus, um Wasser zu lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt aus der Harnröhre ein Sekret aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau			
Sind Sie schwanger? Welche Woche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Woche:
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wann war: 1. Regelblutung? Wann die letzte (Menopause)?			
Zyklusdauer und Blutungsstärke (schwach/normal/stark)?			
Treten Beschwerden vor oder während der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tritt aus der Scheide ein Sekret aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Soziale Anamnese		
Haben Sie Freunde?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie in Ihre Familie gut integriert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse (groß, klein, ...)?		
<u>Wohnung:</u> Schimmel oder Elektrosmog-Belastungen (Handy, DECT, WLAN)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	
<u>Arbeitsplatz:</u> Schadstoffe / Belastungen (z.B. Elektrosmog, Mobbing, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche:	

Sonstiges: