

Praxis für Naturheilverfahren

Stefan
Dreinhöfner



Anamnesefragebogen

Herzlich willkommen in der Naturheilpraxis Stefan Dreinhöfner!

Nachfolgend möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und vor Ihrem ersten Besuch wieder zu uns zurückzusenden.

Bitte kreuzen Sie bei den Beispielen an, sofern diese zutreffen oder beantworten Sie mit Ihren eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtstag/Geburtsort-u. Zeit (falls bekannt) _____

Telefon/Mobil (privat): _____

E-mail-Adresse: _____

Telefon/Mobil (berufl.): _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Körpergröße/ Gewicht: _____

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

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: _____
8.	_____	seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen ?

Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen

Hautausschläge andere: _____

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

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

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie ?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Suizid | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankh. |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten: | | | |

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | | |
- andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> andere: |

Emotionales

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? ja nein

(z.B. Fahrstühle etc.)

Leiden Sie unter mangelnder ja nein

Konzentration?

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein

Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle- ja nein

Konflikt?

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein

Schwitzen Sie Nachts? ja nein

An welchem Körperteil: _____

kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ja nein

Kalte Hände Kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich ?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

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

Ernährung

Wieviele Liter trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker | <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Zuckersersatzstoffe |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süß | <input type="checkbox"/> Sauer | <input type="checkbox"/> Pikant | <input type="checkbox"/> Bitter |
| <input type="checkbox"/> Salzig | <input type="checkbox"/> Scharf | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkohol | |

Abneigungen gegen:

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süß | <input type="checkbox"/> Sauer | <input type="checkbox"/> Pikant | <input type="checkbox"/> Bitter |
| <input type="checkbox"/> Salzig | <input type="checkbox"/> Scharf | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Eier |
| <input type="checkbox"/> Fett | <input type="checkbox"/> Alkohol | | |

Nahrungsmittel-Allergien auf: _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein

wenn ja, welche:

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein

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

- ja nein

Wohnung

Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf Geopathische und Elektrosmok-Belastungen untersucht worden? ja nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe | <input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung |
| <input type="checkbox"/> Antiquitäten/Holzschutzmittel | <input type="checkbox"/> Teppichböden |
| <input type="checkbox"/> Mikrowelle | |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone/Internet | <input type="checkbox"/> elektrische Geräte standby |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

Wie ist Ihr Schlaf?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> heiße Füße | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Lebhaftige Träume | |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____ | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen, wie oft: _____ | |

Schlaflage:

- Bauch Rücken links rechts
 sitzend kniend zusammengerollt

Schlafzeit:

Übliches zu Bett gehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

Kopf**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

- häufig selten nie

wenn ja, wo und wann:

- Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptregion doppelseitig
 halbseitig links halbseitig rechts
 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 Ohrendruck Mittelohrentzündungen

Zähne/Kiefer:

- häufige Zahnarztbesuche Beschwerden bei der Zahnung Tote Zähne
 Wurzelbehandelte Zähne Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
Empfindliche Zähne auf: heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja neinZahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium**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

Brust-Bauch-Rücken

Brustdrüse	<input type="checkbox"/> Beschwerden	<input type="checkbox"/> Operation	
Herz	<input type="checkbox"/> Beschwerden	<input type="checkbox"/> Stechen	<input type="checkbox"/> Druckgefühl
	<input type="checkbox"/> Infarkt	<input type="checkbox"/> Beklemmung	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen
Lunge	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> häufig Husten	<input type="checkbox"/> Atemnot
Leber	<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	
Galle	<input type="checkbox"/> Steine	<input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch	<input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit	
Magen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Gastritis	
	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien	
Rücken	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Hexenschuss	
	<input type="checkbox"/> Ischias	<input type="checkbox"/> Skoliose	
Niere/Blase	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Entzündungen	<input type="checkbox"/> häufig:
Harn	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> häufig
	<input type="checkbox"/> kann nicht halten	<input type="checkbox"/> Geruch nach:	
Darm	<input type="checkbox"/> Infektionen	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	
	<input type="checkbox"/> Blinddarmoperation	<input type="checkbox"/> Blähungen; Geruch nach:	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> jeden 2. Tag	
	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> riecht nach:	
	<input type="checkbox"/> häufig Verstopfung	<input type="checkbox"/> Neigung zum Durchfall	
Konsistenz des Stuhls:	<input type="checkbox"/> hell	<input type="checkbox"/> dunkel	<input type="checkbox"/> übelriechend
	<input type="checkbox"/> hart	<input type="checkbox"/> knollig	<input type="checkbox"/> weich
	<input type="checkbox"/> schmierig	<input type="checkbox"/> pastenartig	
	<input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht halten	<input type="checkbox"/> Gefühl, nicht fertig zu werden	

Arme-Beine-Rücken-Haut

Arme	<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kribbeln
	<input type="checkbox"/> Kalte Hände	<input type="checkbox"/> Tennisellenbogen	
Beine	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Operationen
	<input type="checkbox"/> Verletzungen	<input type="checkbox"/> Kalte Füße	<input type="checkbox"/> Kribbeln
	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl		
Rücken	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Rheuma
	<input type="checkbox"/> Belastungen		
Haut/Nägel	<input type="checkbox"/> Verbrennungen	<input type="checkbox"/> Narben	<input type="checkbox"/> Geschwüre
	<input type="checkbox"/> Hautjucken	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Pilze
	<input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/> Nagelbettentzünd.	<input type="checkbox"/> Allergien auf:

Gynäkologischer /Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss: keinen stark weiß gelb färbt die Wäsche wundmachend

Schmerzen Eierstockentz. Ausschabungen Fehlgeburten Geburten/wieviele:
 Abtreibungen Tumore Zysten Myome Geschlechtskrankh.

Menses

Wann war die erste Menses:

Blutungen sind: hell dunkel klumpig braun unregelmäßig regelmäßig

Prostata

vergrößert Entzündungen
 Beschwerden beim Wasserlassen Geschlechtskrankheiten

Sexualität

vermindert verstärkt unbefriedigt
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Schmerzfragen

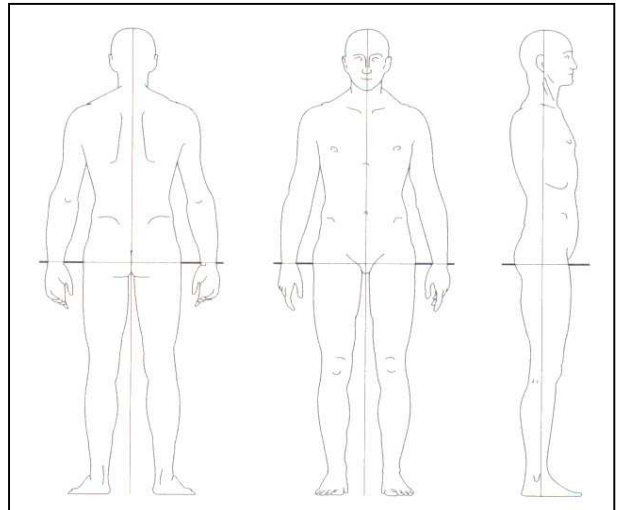
Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

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

Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10:

- 1= schwach
5= mittel
10= sehr stark

meine Schmerzskala 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 bisher, wie ? _____

Was wir noch sagen müssen

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte, gezielte Chiropraktik Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese sehr selten sind.

1.) Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2.) Das Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 - 14 U 44/96)

„ Ein Heilbehandler (Arzt / Heilpraktiker / Osteopath) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich werde / wurde über das eventuelle Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten werde ich im persönlichen Gespräch klären.

Gegebenenfalls erhobene Einwände werden schriftlich festgehalten.

Raum für Anmerkungen

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie, u.a.) abgelehnt, oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind durch amerikanische Chiropraktik behandelt werden darf.

Name (in Druckbuchstaben): _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu oben gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Gütersloh, _____ Unterschrift: _____