

Praxis für Naturheilverfahren



Anamnesefragebogen für Erwachsene

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 ausreichend Zeit.

Persönliche Daten

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum, -ort, -zeit: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Körpergröße, Gewicht: _____

Familienstand, Kinder: _____

Blutgruppe: _____

Beschwerden

Notizen der Therapeuten:

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?

Wie viele 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 zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie all ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen.

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Covid-19 | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere 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?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <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"/> Geschlechtskr. |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | |

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Polio | <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 | <input type="checkbox"/> Covid-19 | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber Krämpfe Verhaltensveränderungen
 Schlaflosigkeit Unruhe andere: _____

Notizen der Therapeuten:

Emotionales

- 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
- Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein
- Schwitzen Sie leicht? ja nein
- Schwitzen Sie nachts? ja nein
- An welchem Körperteil: _____

- 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

Wohnung

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

- Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?
 Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe Funkmasten 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 Wasserlassen, wie oft: _____
 häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____

- Schlafelage:
 Bauch Rücken links rechts
 sitzend kniend zusammengerollt

- Schlafzeit:
 Übliches zu Bett gehen: _____ Übliches Aufstehen: _____

Notizen der Therapeuten:

Kopf

Notizen der Therapeuten:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie

wenn ja, wo und wann:

- halbseitig links halbseitig rechts doppelseitig
 Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptregion
 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
 Brille seit: _____
 sonstige Beschwerden: _____

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 nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan
 Kunststoff Keramik Palladium

Nase:

- Operationen Heuschnupfen häufig Nebenhöhlenentzündung
 behinderte Atmung Nase verstopft Allergien auf: _____

Absonderungen:

- wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln:

- Operation häufig entzündet als Kind heute

Schilddrüse:

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust/Bauch

- | | | |
|---------------------------|--|---|
| Herz | <input type="checkbox"/> Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stechen |
| | <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Beklemmung |
| | <input type="checkbox"/> Infarkt | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen |
| Lunge | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> häufig Husten |
| | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Asthma |
| Magen | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien |
| | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| Leber | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fettleber |
| Galle | <input type="checkbox"/> Steine | <input type="checkbox"/> Koliken |
| | <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Operation |
| Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch | <input type="checkbox"/> Bekannte Schwäche |
| | <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Operation |
| Milz | <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Operation |
| Darm | <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| 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 |
| | <input type="checkbox"/> hell | <input type="checkbox"/> dunkel |
| | <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 |

Notizen der Therapeuten:

Ernährung

Wieviel Liter trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

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

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 | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

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

Urologischer/Gynäkologischer Bereich

Niere/Blase Nierensteine Entzündungen häufig

Harn viel wenig häufig
 kann nicht halten Geruch nach:

Prostata vergrößert Entzündungen
 Beschwerden beim Wasserlassen Geschlechtskr.

Gynäkologisch Schmerzen Eierstockentz. Ausschabungen
 Fehlgeburten Abtreibungen Geburten, Anzahl: ___
 Tumore Zysten Myome
 Geschlechtskr.

Ausfluss: keinen stark färbt Wäsche
 weiß gelb

Menses: hell dunkel klumpig braun
 unregelmäßig regelmäßig

Erste Menses mit: _____ Jahren

Sexualität vermindert verstärkt
 unbefriedigt Beschwerden beim G.-Verkehr

Haut/Bewegungsapparat

Haut/Nägel Verbrennungen Narben
 Geschwüre Hautjucken
 Warzen Pilze
 eingewachsene Nägel Nagelbettentzündungen
 Allergien auf: _____

Arme Verletzungen Schmerzen
 Kribbeln Kalte Hände
 Tennisellenbogen

Beine Schmerzen Krampfadern
 Operationen Verletzungen
 Kalte Füße Kribbeln
 Taubheitsgefühl

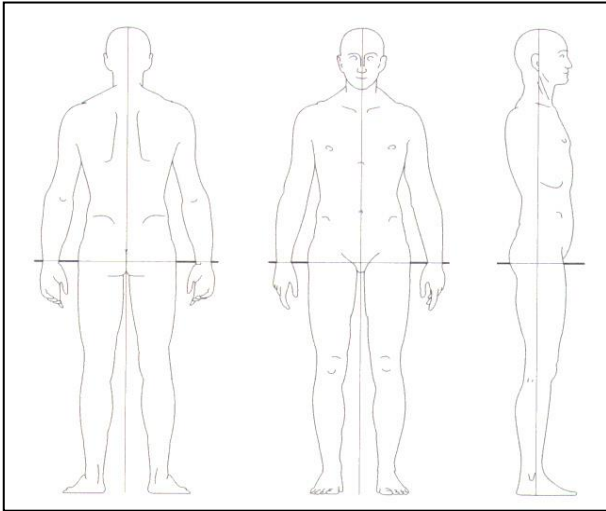
Rücken Schmerzen Hexenschuss
 Ischias Skoliose
 Beweglichkeit Verspannungen
 Rheuma Belastungen

Notizen der Therapeuten:

Schmerzfragen

Notizen der Therapeuten:

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!



Art der Schmerzen:

- Kreuz** = Punktförmig
- Linie** = Unklare Lokalisation
- Pfeil** = Ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala von 1-10 für den Hauptschmerz:

- 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
- wöchentlich
- mehrmals am Tag
- seltener
- alle paar Tage

Wie ist das Schmerzempfinden?

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

Welche Ereignisse verschlimmern?

- Körperliche Belastung
- Gehen
- Lebensmittel
- Wetterlage
- Tageszeit _____
- Sonstiges: _____
- längeres Stehen
- Husten
- Stress
- Kälte
- Sitzen
- Niesen
- Monatsblutung
- Wärme

Welche Ereignisse verbessern?

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

Andere Symptome zum Schmerz

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