Korinna Kissel
Heilpraktikerin

Wilhelm-Maybach-Str. 19
55129 Mainz
Tel 06131/494 44 55
Fax 06131/494 84 94
www.heilpraktikerin-kissel.de
praxis@heilpraktikerin-kissel.de

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name

Straße	Nr.

PLZ	Ort

Telefon	Mobil	E-Mail
Geburtstag	Geburtsort	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ Kinder Anzahl: ____

Körpergröße / Gewicht	Beruf	Versicherungsstatus ☐ voll privat versichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ Selbstzahler ☐ zusatzversichert ☐ sonstige:_____

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?
Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.
Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. **seit:** **Intensität:**

2. **seit:** **Intensität:**

3. **seit:** **Intensität:**

4. **seit:** **Intensität:**

5. **seit:** **Intensität:**

6. **seit:** **Intensität:**

7. **seit:** **Intensität:**

8. **seit:** **Intensität:**

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?

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, unter welchen?

Krankheitsgeschichte

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Windpocken
- ☐ Scharlach
- ☐ Tetanus
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Malaria
- ☐ Salmonellose
- ☐ Ruhr
- ☐ Syphilis
- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
- ☐ Gonorrhoe (Tripper)
- ☐ Tropenkrankheiten
- ☐ Tuberkulose

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?

- ☐ Krebs
- ☐ Geisteskrankheiten
- ☐ Epilepsie
- ☐ Gefäßerkrankungen
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Asthma
- ☐ Rheumatismus
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Allergien
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Herzkrankheiten
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Steinkrankheiten
- ☐ Gicht
- ☐ Schuppenflechte
- ☐ andere:

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- ☐ Tuberkulose (BCG)
- ☐ Polio (Kinderlähmung)
- ☐ Diphterie
- ☐ Tetanus
- ☐ HIB
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Cholera
- ☐ Gelbfieber
- ☐ Hepatitis
- ☐ Pocken
- ☐ Grippe
- ☐ HPV
- ☐ andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber
- ☐ Krämpfe
- ☐ Unruhe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderungen

Emotionales

Haben Sie Existenzängste? ☐ ja ☐ nein

Liegen Beziehungskonflikte vor? ☐ ja ☐ nein

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Liegen Schlafstörungen vor? ☐ ja ☐ nein

Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ☐ ja ☐ nein

Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch? ☐ ja ☐ nein

Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ☐ ja ☐ nein

Können Sie NEIN sagen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie oft Schuldgefühle? ☐ ja ☐ nein

Schwitzen Sie leicht? ☐ 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

Sind Sie Raucher? ☐ ja ☐ nein

Anzahl der Zigaretten pro Tag: ____

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

☐ nie

☐ 1-mal im Monat oder seltener

☐ 2-4-mal im Monat

☐ 2-3-mal pro Woche

☐ 4-mal oder öfters die Woche

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

☐ Milchprodukte ☐ Süßigkeiten
☐ Weißmehlprodukte ☐ Kuchen
☐ Eier ☐ Zucker
☐ Nüsse ☐ Biokost

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

☐ ja ☐ nein

wenn ja welche:

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

☐ ja ☐ nein

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ☐ ja ☐ nein

Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-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

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?
- ☐ Konventionelle Haushaltsreiniger
- ☐ Biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?
- ☐ schnurlose Telefone / Internet
- ☐ elektrische Geräte im Standby-Modus
- ☐ Wasserbett
- ☐ eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen, um wie viel Uhr: _____
- ☐ nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ Unruhe in den Beinen
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen
- ☐ lebhafte Träume

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
☐ häufig ☐ selten ☐ nie

- ☐ Stirn-Augen-Schläfenregion
- ☐ Hinterhauptregion

- ☐ morgens
- ☐ abends

- ☐ halbseitig
- ☐ links ☐ rechts

- ☐ doppelseitig

- ☐ wandernd von links nach rechts

- ☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

_____
_____
_____

Was verbessert:

_____
_____
_____

Was verschlechtert:

_____
_____
_____

Haare
- ☐ Haarausfall
- ☐ kreisrund
- ☐ vereinzelt
- ☐ seit wann: _____

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

Ohren
- ☐ Schmerzen links
- ☐ Schmerzen rechts
- ☐ beidseitig
- ☐ Mittelohrentzündungen
- ☐ schwerhörig
- ☐ Ohrengeräusche
- ☐ Ohrendruck

Zähne/Kiefer
- ☐ Zahn-Operationen
- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf
☐ heiß ☐ kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
- ☐ ja, ohne Ausleitung
- ☐ ja, mit Ausleitung
- ☐ nein

Zahnfüllmaterialien:
- ☐ Amalgam
- ☐ Gold
- ☐ Titan
- ☐ Kunststoff
- ☐ Keramik
- ☐ Palladium

Nase
- ☐ Operationen
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Allergien auf:

_____
_____
_____

- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Nase verstopft

Absonderungen:
☐ wässrig ☐ schleimig
☐ eitrig ☐ grünlich

- ☐ häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln
- ☐ Operation
- ☐ häufig Mandelentzündungen
- ☐ als Kind ☐ heute

Schilddrüse
- ☐ Überfunktion
- ☐ Unterfunktion
- ☐ Vergrößerung
- ☐ Operation

Brust • Bauch • Rücken

Brustdrüse
- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Herz
- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmung
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Bluthochdruck

Lunge
- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot

Leber
- ☐ Entzündungen
- ☐ Hepatitis

Galle
- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Nahrungsmittelallergien

Rücken
- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose

Niere/Blase
- ☐ Nierensteine,
- ☐ Entzündungen
  - ☐ häufig:

Harn
- ☐ viel
- ☐ wenig
- ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ Geruch nach:

Darm
- ☐ Infektionen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarmoperation
- ☐ Blähungen
  Geruch nach:

Stuhlgang
- ☐ täglich
- ☐ jeden 2. Tag
- ☐ unregelmäßig
  riecht nach:

- ☐ Neigung zur Verstopfung
- ☐ Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ übelriechend
- ☐ hart
- ☐ knollig
- ☐ weich
- ☐ schmierig
- ☐ pastenartig

- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Arme • Beine • Rücken • Haut

Arme
- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Kribbeln
- ☐ kalte Hände

Beine
- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Rücken
- ☐ Beweglichkeit
- ☐ Verspannungen
- ☐ Belastungen
- ☐ Rheuma

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

_____

_____

_____

- ☐ Biokosmetik

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss
- ☐ keinen
- ☐ stark
- ☐ weiß
- ☐ gelb
- ☐ wundmachend
- ☐ färbt die Wäsche

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabungen
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Geburten, Anzahl: _____
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten

Menses

Wann war die erste Menses?

Wann die letzte?

Blutungen sind
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Prostata
- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Geschlechtskrankheiten

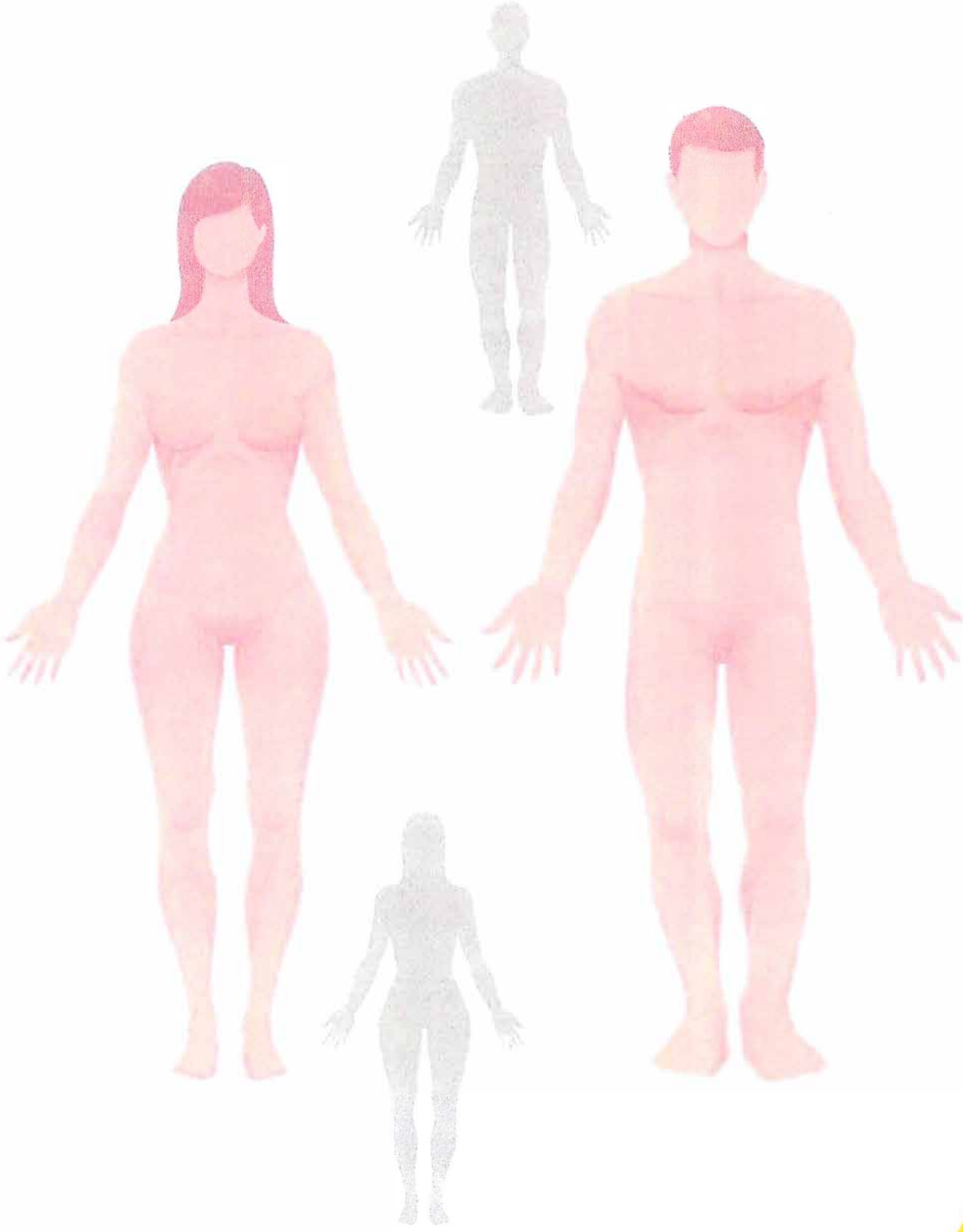
Sexualität
- ☐ vermindert
- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

_____ _____

Datum Unterschrift

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Anamnese-Fragebogen für Reisen

In welchen Länder waren Sie wann und wie lange? Urlaub oder Arbeit? Gab es Besonderheiten?
zB. Insektenstiche, oder Bisse, Übelkeit, Schmerzen, Durchfall oder Ähnliches

Aufenthaltsland	Zeitraum	Auffäligkeiten?

Anamnese-Fragebogen für Tiere

Bitte schreiben Sie auf zu welchen Tieren Sie in Ihrem Leben Kontakt hatten und in welchem kontext Sie zu dem Tier standen. Teilen Sie uns mit, ob Sie das Tier angefasst haben oder auch gebissen, gestochen oder gekratzt wurden.

Tier	**Kindheit**	**Jugend**	**Aktuell**
Katze			
Hund			
Pferd			
Kuh			
Meerschweinchen			
Maus			
Vogel			
Sonstiges			
Insekten	**Kindheit**	**Jugend**	**Aktuell**
Flöhe			
Läuse			
Spinne			
Mücken			
Biene			
Wanzen			
Wespe			
Zecken			
Bremsen			
Sonstiges			

Symptom-Checkliste

Treten die Symptome in Intervallen auf? ja | nein

Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muskelschmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Konzentrationsstörungen + Vergesslichkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schweißausbrüche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antriebslosigkeit + Erschöpfung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gereiztheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sehstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ängste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Morgensteifigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wassereinlagerungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gangunsicherheit + Koordinationsstörung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Druckgefühl Oberbauch	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kopfschmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gelenkschmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lymphknotenschwellung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Checkliste der aktuellen Beschwerden vom .....

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		

Symptom oder Anzeichen	Momentaner Schweregrad				Momentane Häufigkeit			
	keine	schwache	mäßig	schwer	nie	gelegentlich	häufig	ständig
Verwirrtheit , Denkschwierigkeiten								
Konzentrations- und Leseschwierigkeiten								
schlechtes Namensgedächtnis								
Vergesslichkeit								
schlechtes Kurzzeitgedächtnis								
verminderte Aufmerksamkeit								
Desorientiertheit, Verirren								
Sprachirrtümer, falsche Wörter, falsche Aussprache								
Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depression								
Ängste, Panikattacken								
Halluzinationen, Wahnvorstellungen								
Müdigkeit, Erschöpfung, geringe Ausdauer								
Lichtempfindlichkeit								
Doppel-, Schleiersehen								
Ohrenschmerzen								
Geräuschempfindlichkeit								
Brummen, Pfeifen im Ohr								
verminderte Hörfähigkeit								
Reisekrankheit, Schwindel								
Gleichgewichtsstörungen, Gefühl zu kippen								
Gangstörungen								
Fieber								
Anhaltend geschwollene Lymphkoten								
Kopfschmerzen								
Druckgefühl im Kopf								
Fazialisparese								
Halsschmerzen								
Nackenschmerzen								
Nackensteifigkeit								
Zahnschmerzen								
Schmerzen im Brustkorb								
unklarer chronischer Husten								
Atemlosigkeit, "Lufthunger"								
Rückenschmerzen								
Steife Gelenke oder steifer Rücken								

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		

Symptom oder Anzeichen	Momentaner Schweregrad				Momentane Häufigkeit			
	keine	schwache	mäßig	schwer	nie	gelegentlich	häufig	ständig
Überempfindlicher Magen								
Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch								
Obstipation								
Diarhoe								
Gelenkschmerzen								
Finger, Zehen								
Handgelenke, Knöchel								
Ellenbogen, Knie								
Schultern, Hüfte								
Gelenkschwellung								
Finger, Zehen								
Handgelenke, Knöchel								
Ellenbogen, Knie								
Schultern, Hüfte								
Muskelschmerzen oder -krämpfe								
Einschießende Schmerzen								
Schmerzende Fußsohlen								
Deutliche Muskelschwäche								
Zuckungen von Gesichts- oder anderen Muskeln								
Überempfindliche Haut								
Kribbeln, Taubheitsgefühl								
Brennende oder stechende Gefühlsstörungen								
Menstruationsunregelmäßigkeit								
Blasenreizung								
Blasenfunktionsstörungen								
Erektionsstörungen								
Libidoverlust								
Schlaflosigkeit, unterbrochener Schlaf, frühes erwache								
Unregelmäßiger Nachtschlaf								
Mittagsschlaf								
Übermäßiges nächtliches Schwitzen								
Unklare Gewichtszunahme								
Unklarer Gewichtsverlust								
Unklarer Haarausfall								
Alkoholunverträglichkeit								
Aufflackern der Symptome alle 4 Wochen								