



Naturheilpraxis Nicole Emek

Allgemeiner Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich – wie es Ihnen möglich ist – aus. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen.

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Untersuchungsbefunde bzw. Arztberichte bringen Sie bitte zur Behandlung mit – Vielen herzlichen Dank!

Kontaktdaten:

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnr.:

PLZ Ort:

Privatnummer:

Büro:

Handy:

Email:

Beruf:

Größe und Gewicht:

cm

kg

Hausarzt

Rechnungsempfänger:

(bei Kindern)

ggf. abweichende Adr.:



Naturheilpraxis Nicole Emek

Gesundheitsfragen

Leiden Sie unter nachfolgenden Erkrankungen/Beschwerden?

Herz- oder Kreislauf?

Ja Nein

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzrasen, -stolpern |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |
-

Lunge/Atemwege?

Ja Nein

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Auswurf |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |
-

Verdauungstrakt?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Darm |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Leber |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |
-

Nieren, Blase?

Ja Nein

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Blasenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |
-



Naturheilpraxis Nicole Emek

Geschlechtsorgane? Ja Nein

Gebärmutter Prostata

Sonstiges:

Hormonsystem? Ja Nein

Diabetes („Zuckerkrankheit“) Schilddrüse Nebenniere

Sonstiges:

Allergien? Ja Nein Desensibilisierung

Pollen Tierhaare Nahrungsmittel

Beschreibung:

Kopf? Ja Nein

Kopfschmerzen Migräne Nase/Nasennebenhöhlen

Augen Ohren Mundraum/Zähne

Beschreibung:

Bewegungsapparat? Ja Nein

Wirbelsäule Schultern Arm

Hand Hüfte Bein

Fuß

Sonstiges:



Naturheilpraxis Nicole Emek

Leiden Sie unter **Infektiösen Erkrankungen**, wie AIDS/HIV, Hepatitis oder Tuberkulose, ...?

Gab es in Ihrem Leben **Unfälle?** (Fahrrad, Auto, etc.) Ja Nein

Haben Sie noch Beschwerden? Ja Nein

Wann und Was ist passiert?

Hatten Sie bereits **Operationen?** Ja Nein

Wann und Welche?

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Medikamentenname:	Wofür:	Dosierung:	Arzt oder Heilpraktiker:

Sind Sie **geimpft?** Ja Nein

Wann war die letzte Impfung?

Wie haben Sie Ihre Impfungen vertragen? (Jucken, Schwellung, Rötung, Fieber, Krämpfe, Sonstiges, ...)



Naturheilpraxis Nicole Emek

Für Frauen:

Wie viele Schwangerschaften?

Wie viele Geburten?

Wann haben Sie entbunden und wie? (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, ...)

Menstruation? (Beginn, Dauer, Stärke, Beschwerden, Zwischenblutungen)

Verhütung?

Ja

Nein

Wie:

Menopause? (Seit wann?)

Familienanamnese – Welche bekannten Erkrankungen gibt es in Ihrer Herkunftsfamilie

(Herz, Diabetes, Krebs, Rheuma, etc.)

Treiben Sie regelmäßig **Sport**?

Ja

Nein

Welchen

Wie ist Ihr **Durstgefühl**?

Ihr **Appetit**?

Ihr **Schlaf**?



Naturheilpraxis Nicole Emek

Konsumieren Sie

Nikotin (Frequenz & Menge):

Alkohol (Frequenz & Menge):

Sonstiges (Frequenz & Menge):

Gibt es noch etwas, was nicht gefragt wurde, Sie mir aber unbedingt als wichtig empfinden?

In eigener Sache – Wie sind Sie auf „die Naturheilpraxis“ aufmerksam geworden?

Empfehlung, durch:

Flyer oder Visitenkarte

Telefonbuch, Gelbe Seiten

Internet

Sonstiges:

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Ort/Datum

Unterschrift

(bei Kindern Unterschrift des Erziehungsberechtigten)