



## Naturheilpraxis Nicole Emek

### Allgemeiner Anamnesebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich – wie es Ihnen möglich ist – aus. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen. Schicken Sie mir bitte den Anamnesebogen vor Ihrem Termin per E-Mail, Fax oder Post zu. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

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

Name		Vorname	
Straße			Nr.
PLZ	Ort		
Mobil		Geburtsdatum	
Telefon privat		Geburtsort	
Telefon geschäftlich		Größe	Gewicht
E-Mail		Versicherung	
Beruf (freiwillige Angabe)			
Rechnungsempfänger (bei Kindern) ggf. mit Adresse:			

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

Empfehlung, durch: \_\_\_\_\_

Flyer oder Visitenkarte     Telefonbuch, Gelbe Seiten     Internet

Verlinkung über:

**Aufgrund welcher Beschwerden/Diagnosen kommen Sie zu mir?**

1.	Seit
2.	Seit
3.	Seit
4.	Seit
5.	Seit
6.	Seit

Naturheilpraxis Nicole Emek

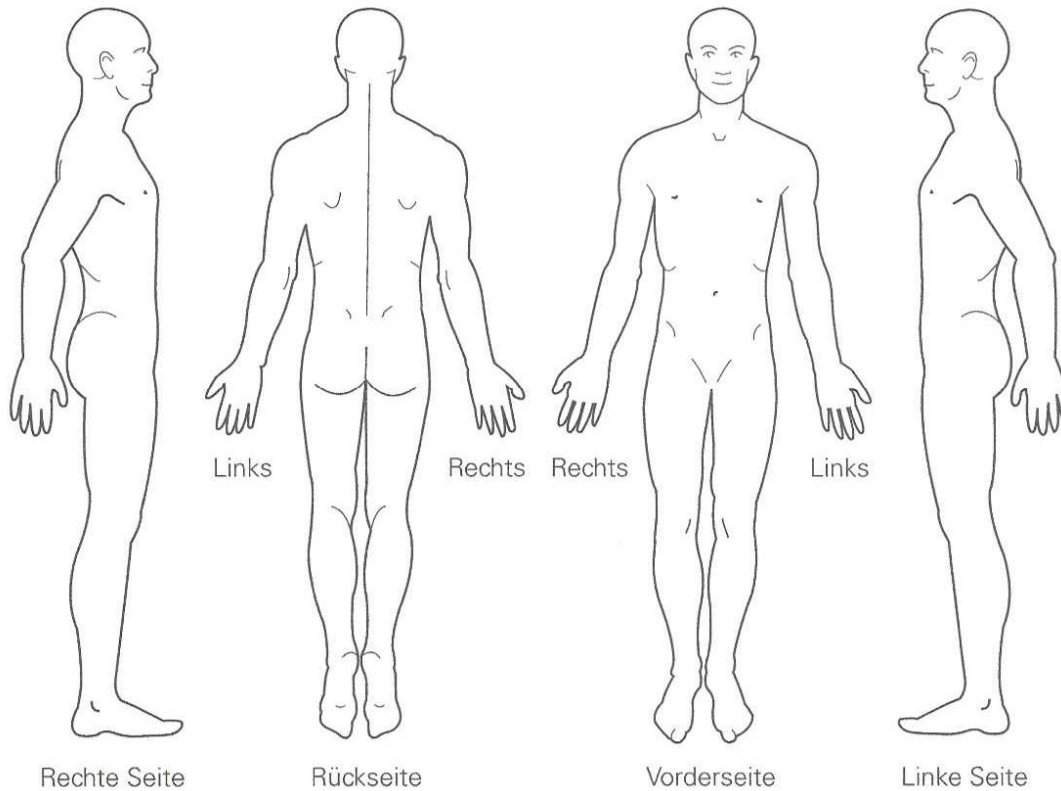
St.-Alban-Ring 38    87616 Marktoberdorf  
 Tel. 08342/9192213    Fax. 08342/9192214  
 Info @naturheilpraxis-emek.de    www.naturheilpraxis-emek.de



## Naturheilpraxis Nicole Emek

An welchen Körperstellen haben Sie Beschwerden?

Bitte markieren:



Gibt es ein Ereignis, welches mit dem Auftreten in Verbindung gebracht werden kann (Körperlich und/oder seelischer Art, z. B. Erkrankung, Unfall, Trauer, Medikamente, ...)?

Wenn „JA“:       direkt      oder       zeitverzögert?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikamentenname:	Wofür:	Dosierung:	Verordner:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

## Naturheilpraxis Nicole Emek



## Naturheilpraxis Nicole Emek

Haben Sie (früher) häufig folgende Medikamente eingenommen?

- Cortison       Antibiotika       Schmerzmittel       Durchfall

Sind Ihre Beschwerden bereits behandelt worden und wenn ja, wie und mit welchem Erfolg? Wer hat die Behandlung durchgeführt (Arzt; Heilpraktiker, Sonstiger Therapeut)?

---

---

---

---

Hatten Sie schon Operationen? Wenn „JA“, wann und welche? Treten noch Beschwerden auf?

---

---

---

Sind Sie geimpft gegen: (Bei Unsicherheit, bitte Impfausweis mitbringen)

<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Pertussis
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Zecken/FSME	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Varizellen	<input type="checkbox"/> Meningokokken	<input type="checkbox"/> Pneumokokken
<input type="checkbox"/> Sonstiges			

Wann war die letzte Impfung und gegen was? Wie haben Sie die Impfung vertragen? (Jucken, Schwellung, Rötung, Fieber, Krämpfe, Sonstiges, ...?)

---

---

---

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten

- Masern       Röteln       Windpocken       Mumps       Scharlach

## Naturheilpraxis Nicole Emek



## Naturheilpraxis Nicole Emek

Leiden Sie unter Infektiösen Erkrankungen, wie:

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

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

Haben Sie noch Beschwerden?  Ja  Nein

Wann und Was ist passiert?

---



---



---

Liegen Allergien vor?

<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Frühblüher	<input type="checkbox"/> Gräser	<input type="checkbox"/> Pollen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Tierhaare	<input type="checkbox"/> Hausstaub	<input type="checkbox"/> Penicillin
<input type="checkbox"/> Lidocain	<input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Histaminintoleranz
<input type="checkbox"/> Allergie v. Soforttyp (IgE-vermittelt)	<input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue	<input type="checkbox"/> Allergie v. verzögerten Typ (IgG-vermittelt)

Diese Nahrungsmittel vertrage ich schlecht und habe folgende Reaktionen:

---



---



---

Beschwerden der Zähne

Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

<input type="checkbox"/> Amalgam	<input type="checkbox"/> Kunststoff	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Keramik	<input type="checkbox"/> Keines
<input type="checkbox"/> Amalgam wurde entfernt		<input type="checkbox"/> Ausleitung erfolgt		
<input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung		<input type="checkbox"/> Prothesen/Teilprothesen		
<input type="checkbox"/> Implantate		<input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden		
<input type="checkbox"/> Wann war die letzte Zahnbehandlung?				

## Naturheilpraxis Nicole Emek



## Naturheilpraxis Nicole Emek

Leiden Sie unter nachfolgenden Erkrankungen/Beschwerden?

### Herz- oder Kreislauf

<input type="checkbox"/> Herzstechen	<input type="checkbox"/> Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Beklemmung
<input type="checkbox"/> Engegefühl	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Zyanose	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Entzündung
<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Gangrän	<input type="checkbox"/> Raynaud-S.	<input type="checkbox"/> Ulkus
<input type="checkbox"/> Anämie	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Leukämie	<input type="checkbox"/> Hämophilie
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Lunge/Atemwege

<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Auswurf	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Atemgeräusch	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Bronchitis
<input type="checkbox"/> Laryngitis	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Lungenemphysem
<input type="checkbox"/> Mukoviszidose	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Fibrose	<input type="checkbox"/> Karzinom
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Verdauungstrakt

<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Ulkus	<input type="checkbox"/> Karzinom	<input type="checkbox"/> M. Crohn
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Analabszess
<input type="checkbox"/> Hernien	<input type="checkbox"/> Sonstiges		

### Kopf, Augen, Ohren, Nase

<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Sehstörung
<input type="checkbox"/> Grauer Star	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Gerstenkorn
<input type="checkbox"/> Hagelkorn	<input type="checkbox"/> Bindehautentzündung	<input type="checkbox"/> Netzhautablösung	<input type="checkbox"/> Schielen
<input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/> Nase- u. Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/> Nasenbluten	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusch	<input type="checkbox"/> Tubenkatarrh
<input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/> Hörsturz	<input type="checkbox"/> M. Menière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

## Naturheilpraxis Nicole Emek



## Naturheilpraxis Nicole Emek

### Mund

<input type="checkbox"/> Belag	<input type="checkbox"/> Bläschen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

<input type="checkbox"/> Fettleber	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Gallenblasen-entzündung
<input type="checkbox"/> Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Karzinom	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

### Niere, Blase

<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Miktions-störungen	<input type="checkbox"/> Wasser-einlagerungen
<input type="checkbox"/> Entzündung	<input type="checkbox"/> Fehlbildung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

### Haut

<input type="checkbox"/> Wundheilungs-störungen	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Schuppen-flechte
<input type="checkbox"/> Allerg. Ekzem	<input type="checkbox"/> Urtikaria	<input type="checkbox"/> Arzneimittel-exanthem	<input type="checkbox"/> Nävi
<input type="checkbox"/> Hämangiom	<input type="checkbox"/> Fibrom	<input type="checkbox"/> Hauttumor	<input type="checkbox"/> Akne
<input type="checkbox"/> Rosazea	<input type="checkbox"/> Warzen	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Milchschorf
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Bewegungsapparat

<input type="checkbox"/> Schmerzen:	<input type="checkbox"/> im Rücken	<input type="checkbox"/> i. d. Muskulatur	<input type="checkbox"/> i. d. Gelenken
<input type="checkbox"/> Nekrose	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Fehlhaltung
<input type="checkbox"/> Bewegungs-einschränkung	<input type="checkbox"/> Gefühls-störungen	<input type="checkbox"/> Bandscheibe	<input type="checkbox"/> Bursitis
<input type="checkbox"/> Skoliose	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Steifheit	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Psyche

<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Drogen-abhängigkeit	<input type="checkbox"/> Ängste
<input type="checkbox"/> Zwänge	<input type="checkbox"/> Belastungs-störungen	<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa	<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa
<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Aggressionen	<input type="checkbox"/> Konzentration-störungen	<input type="checkbox"/> Sexuelle Unlust
<input type="checkbox"/> Medikamenten-abhängigkeit	<input type="checkbox"/> Suizid-neigung	<input type="checkbox"/> Alkohol-abhängigkeit	<input type="checkbox"/> Manie
<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Trauer	<input type="checkbox"/> Ärger	<input type="checkbox"/> Sorgen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

## Naturheilpraxis Nicole Emek



## Naturheilpraxis Nicole Emek

### Stoffwechsel und Ernährung

<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> Gicht
<input type="checkbox"/> Hitzewallung	<input type="checkbox"/> Nächtl. Schwitzen	<input type="checkbox"/> Verstärkter Durst	<input type="checkbox"/> Hunger und Heißhunger
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Hormonsystem

<input type="checkbox"/> Struma	<input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/> Pfötchenstellung	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose
<input type="checkbox"/> Hypothyreose	<input type="checkbox"/> Brüchige Nägel	<input type="checkbox"/> Hyperpigmentierung	<input type="checkbox"/> Exophthalmus
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Geschlechtsorgane

<input type="checkbox"/> Menstruationsstörungen	<input type="checkbox"/> Fluor	<input type="checkbox"/> Ungewollte Kinderlosigkeit	<input type="checkbox"/> Störungen der Sexualität
<input type="checkbox"/> Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/> Prostatitis	<input type="checkbox"/> Phimose	<input type="checkbox"/> Zysten
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Karzinom	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Menopause
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Geburten	<input type="checkbox"/> Pille	<input type="checkbox"/> Spirale
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Nervensystem

<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Doppelbilder	<input type="checkbox"/> Nystagmus	<input type="checkbox"/> Tremor
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Enzephalitis
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma	<input type="checkbox"/> M. Parkinson	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Gangstörung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

### Schlaf und Träume

<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/> Ruhelos
<input type="checkbox"/> Schnarchen	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Einnässen
<input type="checkbox"/> Mondphasen	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			



## Naturheilpraxis Nicole Emek

### Kinder

<input type="checkbox"/> Dreimonatskolik	<input type="checkbox"/> ADHS	<input type="checkbox"/> Pseudokrapp	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Windel-dermatitis	<input type="checkbox"/> Würmer	<input type="checkbox"/> Hyperkinetisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Wachstums- und Gedeihstörungen
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Legasthenie
<input type="checkbox"/> Essunlust	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Enuresis
<input type="checkbox"/> Zahnungsschwierigkeit	<input type="checkbox"/> Schluckauf	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

### Familienanamnese

Welche bekannten Erkrankungen gibt es in Ihrer Herkunftsfamilie (Herz, Diabetes, Krebs, Rheuma, etc.)

---

---

---

---

Treiben Sie regelmäßig **Sport**?  Ja  Nein

Welchen?

Wie häufig in der Woche?

---

Wie ist Ihr **Durstgefühl**? **Tägliche Trinkmenge (ohne Alkohol)**; Was trinken Sie hauptsächlich?

---

### Ernährung:

Wie viele Mahlzeiten/Tag? \_\_\_\_\_

- Mischkost  Vegetarisch  Vegan  
 Fertigprodukte  isolierte Kohlenhydrate (Süßigkeiten, Limo, Säfte)

Naturheilpraxis Nicole Emek

St.-Alban-Ring 38 87616 Marktobendorf  
Tel. 08342/9192213 Fax. 08342/9192214  
Info @naturheilpraxis-emek.de www.naturheilpraxis-emek.de





## Naturheilpraxis Nicole Emek

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

### **Allgemeine Information:**

#### Terminabsage:

Sie können Ihren Termin nicht wahrzunehmen, so bitte ich Sie, diesen **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Da ich eine reine "Terminpraxis" führe, kann ich den Termin ansonsten nicht weiter vergeben. Ich behalte mir vor, bei zu kurzfristiger Absage ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Die Terminabsage kann gerne telefonisch (Anrufbeantworter) bzw. per E-Mail oder Fax erfolgen.

Für Ihr Verständnis bedanke ich mich.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Kindern Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Naturheilpraxis Nicole Emek

St.-Alban-Ring 38 87616 Marktobendorf  
Tel. 08342/9192213 Fax. 08342/9192214

Info @naturheilpraxis-emek.de www.naturheilpraxis-emek.de