

Naturheilpraxis

Nina Perner



Anamnesefragebogen

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je präziser und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie und Ihre Bedürfnisse vorbereiten.

Bitte füllen sie folgenden Fragebogen möglichst detailliert aus und wenn es Ihnen möglich ist senden Sie ihn mir per Mail, Post oder Fax, vor Ihrem Termin in meiner Praxis, zu.

Vielen Dank!

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Geschwister _____

1. Momentane Beschwerden ihres Kindes, weswegen kommen Sie zu mir?

2. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Selbstmord | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> MultipleSklerose |
| <input type="checkbox"/> Migräne | | |

4. Welche Impfungen hat ihr Kind bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

5. Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

6. Welche Infektionskrankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Pfeiffer´sches Drüsenfieber | |

7. Infekte

Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung
Wenn ja, wie häufig?

8. Gibt es Allergien?

9. Stuhlgang

- täglich jeden 2. Tag unregelmäßig
- Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall wechselnd
- Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,

Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

10. Haut

- Verbrennungen Narben Geschwüre
- Hautjucken Warzen Pilze

11. Gibt es durch Operationen oder Verletzungen Narben?

12. Schlaf

- Schlaflosigkeit häufiges Erwachen Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiße Zähneknirschen
- Schwierigkeiten beim Einschlafen

13. Schlafzeit

von / bis _____

14. Ernährung

- Verlangen nach** Süß Sauer Pikant Salzig
- Fleisch Eier Obst

Abneigungen gegen

Süß

Sauer

Pikant

Salzig

Fleisch

Eier

Obst

15. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche? _____

**16. Wann konnte Ihr Kind krabbeln..... laufensprechen.....
war es trocken.....**

(Angaben bitte in Monaten)

17. Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind derzeit ein?

18. Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Haben Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Medikamente eingenommen?

Datum, Unterschrift _____