



www.heilkundezentrum-midgard.de

Heilkundezentrum Midgard
Oberstrasse 14
28195 Bremen
Tel. 0421 43741098

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor einer Therapie nach ganzheitlichen Kriterien erstellen wir eine gründliche Diagnose sowohl auf modern schulmedizinischer als auch traditioneller Basis. Bitte beantworten Sie bitte in Ruhe die folgenden Fragen. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

Aufklärung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO):

Die Angaben sind freiwillig. Die Daten dienen der Findung einer möglichst genauen Diagnose und Behandlung nach naturheilkundlichen Kriterien. Nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht werden die Daten rechtskonform vernichtet (Aktenschredder). Auf Wunsch händigen wir Ihnen die Daten gerne wieder aus.

Nachname, Vorname

Datum:

<p>Geburtsdatum:</p> <input type="text"/>	<p>Beruf:</p> <input type="text"/>
<p>Adresse: Strasse und Hausnummer</p> <input type="text"/>	<p>Verheiratet / Beziehung</p> <input type="text"/>
<p>Postleitzahl und Wohnort</p> <input type="text"/>	<p>Kinder, Anzahl, Geschlecht, Alter</p> <input type="text"/>
<p>Telefon privat:</p> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Telefon beruflich:</p> <input type="text"/>	<p>Versicherung:</p>
<p>mobil:</p> <input type="text"/>	<p><input type="checkbox"/> Heilpraktiker - Zusatzversicherung</p>
<p>E-Mail:</p> <input type="text"/>	<p><input type="checkbox"/> privat / welche?</p>
<p>Wer hat mich empfohlen? Wie habe Sie mich gefunden?</p> <input type="text"/>	<p><input type="checkbox"/> Beihilfe / Post</p>
<p>Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?</p> <input type="text"/>	<p><input type="checkbox"/> Selbstzahler</p>
<input type="text"/>	<p>Welche Versicherung und welcher Tarif, falls bekannt</p> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<p>Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?</p> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankheitsgeschichte

Vorerkrankungen

(alle Organbereiche und Psyche) z.B. Herz, Niere / Blase, Darm, Haut, etc.

Gibt es Arztberichte, Laborauswertungen etc?

Bitte separat beifügen!

Unfälle, Verletzungen, Krankenhausaufenthalte, Behinderungen

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer Jetzigen Beschwerden?

Erkrankung, Kummer, Schreck, Medikamente etc.

Kinderkrankheiten z.B. Windpocken, Masern etc.

Impfungen, Auffrischungen, Impfreaktionen

Infektionserkrankungen aktuell oder bereits durchgemacht

z.B. Pfeiffer-Drüsenfieber, Borelliose, Tuberkolose etc.

--

Allergien welche, seit wann	
Medikamentenunverträglichkeiten welche, seit wann	
Nahrungsmittelunverträglichkeiten wogegen, seit wann	
Familiengeschichte, Krankheiten	
Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, z.B. Herzerkrankungen, Allergien etc. Auch Psyche !	
Größe:	
Gewicht:	
Blutdruck (falls bekannt)	
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wie oft?	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wieviel täglich?	
Nehmen oder nahmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Welche?	

Haben Sie viel Appetit oder wenig Appetit
gibt es Auffälligkeiten?

Wie oft essen Sie täglich

essen Sie regelmäßig?

Beschreiben Sie mir Ihre Ernährungsrichtlinien
bzw. Hauptnahrungsmittel

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie?
Bitte genaue Angaben Inhaltsstoffe und Dosierung

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tage?
Auch Café, Tee etc.

Nehmen Sie Zuckerzusatzstoffe zu sich? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Treiben Sie Sport? Ja Nein
Welchen, seit wann?
Gymnastik?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Lebensführung

1 2 3 4

Arbeiten Sie zuviel

Treiben Sie Sport

Leiden Sie unter Streß

Essen Sie unregelmäßig

Vorlieben Nahrung

1 2 3 4

herzhaft süß scharf salzig sauer

bitter Milchprodukte Rohkost kaltes Essen

warmes Essen Fleisch vegetarisch vegan

Fett Fett wird nicht vertragen

Sonstiges?

Allgemeine Zeichen

1 2 3 4

Allgemeine Abgeschlagenheit

Nervosität

Antriebsarmut

Schnell erschöpft

Schlafstörungen

genauere Beschreibung:

Müdigkeit trotz
ausreichend Schlaf?

Verminderter Durst

Verminderter Appetit

Zugluft / Windempfindlich

Schweißausbrüche, spontan

Hände geschwollen

Füße geschwollen

Schweregefühl

Wo?

Trockener Stuhl

Verstopfung

Mund

1 2 3 4

Mundgeruch

Trockenheit im Mund

Zahnfleischbluten

Lippenherpes

Mandelentzündung

Operation? Ja/Nein, wann?

Allgemeine Zeichen

1 2 3 4

Blasses Gesicht

Schwindel

Kälteempfindlichkeit

Kalte Hände
wann?

Kalte Füße
wann?

Taubheitsgefühl Hände

Taubheitsgefühl Füße

Weiche Nägel

Brüchige Nägel

Hitzeempfindlichkeit

Aufsteigendes Hitzegefühl

Vermehrter Durst

Blutdruck niedrig

Blutdruck hoch

Dunkler Urin, konzentriert

Mund

1 2 3 4

Zungengeschwüre (Aphten)

Bitterer Mundgeschmack

Pappiger Mundgeschmack

Geschmacksverlust

Welcher Geschmack? Alles?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3 = stärker / häufig

2 = leicht / gelegentlich 4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Atmung und Infekte 1 2 3 4

Infektanfälligkeit

Allergische Beschwerden

Luftnot in Ruhe

Luftnot bei leichter Anstrengung

Luftnot nachts

Schwitzen Nachts

Schwitzen bei Anstrengung

Auswurf

klar weiss gelb locker zäh
(bitte markieren)

Husten

trocken bellend stark schwach
(bitte markieren)

Haut 1 2 3 4

Fettige unreine Haut
Lokalisation?

Trockene Haut
Lokalisation?

Hautauschlag

Harnwege 1 2 3 4

Harndrang nachts

Häufiger Harndrang tags

Wenig, dunkler Urin

Atmung und Infekte 1 2 3 4

Engegefühl in der Brust

Druck auf der Brust

Heiserkeit

Geruchssinn schwach

Kloßgefühl im Hals

Nebenhöhlenentzündungen

Nasenatmung behindert

Links rechts beidseitig, wann?

Haut 1 2 3 4

Narben, wo?

Hautkrankheiten
(Warzen, Pilz, Nagelbettentzündung, Nägel
Eingewachsen) = Wo?

Harnwege 1 2 3 4

Harnträufeln

Harninkontinenz

Viel, heller Urin

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Männer: Prostatavergrößerung / -entzündung
ärztlich untersucht?

Bewegungsapparat

1 2 3 4

Tiefsitzende Rückenschmerzen
Lokalisation:

Schwäche der Wirbelsäule
Lokalisation:

Kälteempfindliche Wirbelsäule
Lokalisation:

Knieprobleme
Lokalisation:

Muskelverspannungen, Krämpfe
Lokalisation:

Sehnenentzündungen
Lokalisation:

Ohr

1 2 3 4

Schwerhörigkeit

Ohrgeräusche hell

Ohrgeräusche dunkel

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Beschwerden beim Wasserlassen

Harnwegsinfekte

Harnröhre Blase

Nierenbecken

(bitte markieren)

Bewegungsapparat

1 2 3 4

Schulterschmerzen
Lokalisation:

Nackenschmerzen
Lokalisation:

Kieferstörungen
Lokalisation:

Kopfschmerzen
Lokalisation:

Wann?

Haarausfall
Lokalisation:

Ohr

1 2 3 4

Gleichgewichtsstörungen

Schwindel

Wann?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Ohrgeräusche / Schwerhörigkeit
seit wann?

Welche Seite?

rechts links beidseitig

rechts links beidseitig

Augen **1 2 3 4**

Brennen
Seite?

rechts links beidseitig

Verschwommenes Sehen
Seite?

rechts links beidseitig

Emotionalität **1 2 3 4**

Aufbrausend, leicht reizbar

Innere Unruhe

Nervosität

Grübeln

Traurigkeit

Konzentrationsstörungen

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Schlaf **1 2 3 4**

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Frühes Erwachen
Uhrzeit?

Viele Träume

Sexuell **1 2 3 4**

Impotenz / Frigidität

Erektionsstörungen

Vorzeitiger Samenerguss

Unfruchtbarkeit ?

Ja Nein

ärztlich untersucht?

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Ohrenscherzen

Seite?

rechts links beidseitig

Augen **1 2 3 4**

Trockene Augen

Hilfsmittel / Linsen, Brille

Nachtblindheit

Farbenblindheit

Emotionalität **1 2 3 4**

Schreckhaft

Depression

Gedrückte Stimmung

Angstgefühle

Zähneknirschen (nachts)

Vergesslichkeit

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Schlaf **1 2 3 4**

Herzklopfen

Nachtschweiss

Nachts unruhige Beine

Nachts kalte Füße

Nachts heisse Füße

Alpträume

Sexuell **1 2 3 4**

Wie zufrieden sind Sie mit...

Partnerschaft

Freundeskreis

Arbeit

Sich Selbst

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Bauch 1 2 3 4

Stuhl weich, ungeformt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stuhl hart	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Darmgeräusche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stuhlgang wie oft?	

Blut im Stuhl? aktuell?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----------------------------	---

Schleim im Stuhl aktuell?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

Menstruation / Gynäkologie 1 2 3 4

Unregelmäßige Blutung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schmerzhafte Blutung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutung stark / schwach	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zeitpunkt letzte Regel	
------------------------	--

Zeitpunkt erste Regel	
-----------------------	--

Ausfluß:	
----------	--

Geruch:	
---------	--

Schmerzen, Unterbauch – wann, wie ?	
-------------------------------------	--

Fehlgeburten / Abort / Ausschabung

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Bauch 1 2 3 4

Druckgefühl Oberbauch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufstossen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Organsenkung welches Organ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--------------	---

Krampfadern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-------------	---

Menstruation / Gynäkologie 1 2 3 4

Verhütungsmittel, welche	
--------------------------	--

Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------	---

Welche Woche ?	
----------------	--

Menopause	
-----------	--

Klimakterische Beschwerden?	
-----------------------------	--

Gynäkologische Erkrankungen	
-----------------------------	--

Eierstockentz. Zysten Myome

Tumore Geschlechtskrankheiten

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein / nie 3= stärker / häufig

Schmerzcharakter – Wie

- dumpf diffus bohrend stechend
 punktuell oberflächlich tief

Besserung durch:

- Wärme Trockenheit Kälte
 Feuchtigkeit besser tags in Bewegung
 In Ruhe
 Steifigkeit Schweregefühl
 Fixiert an einem Ort springend
 Beginn schleichend Beginn plötzlich

2 = leicht / gelegentlich 4= ausgeprägt, ständig, sehr oft

Schmerzcharakter – Wie

Schmerzen – Wo / Wann?
