



## 8.4 Anamnese Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe  
 Private Zusatzversicherung

Beruf / Schulklasse: \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

### Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

**Wichtig !!!** Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist z. Bsp. '94).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptbeschwerden)  
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

---

⇒ Bitte bringen Sie Medikamente (am besten die jeweilige Tagesdosis), die eingenommen werden sowie evtl. eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.





**Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?**

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.

**Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie?**

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes usw.

**Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?**

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?**

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

.....  
**KOPF**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Falls ja,  
wie häufig? ....., selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,  
morgens, abends  
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

**Auslöser der Kopfschmerzen:** .....

**Was verbessert:** .....

**Was verschlechtert:** .....

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann: .....

**Augen:** Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makula-Degeneration, Lasertherapie usw.

**Ohren:** links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche





**Zähne/Kiefer:** - Zutreffendes bitte ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Womit wurde ausgeleitet? .....			

**Zahnfüllmaterialien aktuell:**

Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik  Implantate

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:

.....

**Mandeln:** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

**BRUST / BAUCH:**

**Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten

**Herz:** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass

**Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: .....

**Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung

**Leber:** Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

**Galle:** Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen

**Darm:** Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch, .....

**Stuhlgang:** täglich, ca. jeden 2./3./4. .... Tag, unregelmäßig, riecht nach:

.....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl,  
nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., brauche viel Papier / Toiletten-  
bürste

**Niere / Blase:** Nierensteine, Entzündungen – häufig,  
stechen im Rücken – rechts/links, Reizblase

**Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach





**ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT**

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall
- Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme  
Hautallergien auf (Creme etc.): .....

**♀ BEREICH**

- Gynäkolog.:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten - Jahreszahl:.....  
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses:** Wann war die erste Menses: .....wann die letzte: .....  
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: .....  
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange: .....  
Abstand der Regelblutungen: .....  
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: .....  
Zwischenblutungen: .....  
Klimakterische Beschwerden: .....  
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: ..... seit wann? .....  
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? .....

**♂ BEREICH**

- Prostata:** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? .....

**ALLGEMEINES**

**Wo haben Sie Narben? (Auch kleine eintragen) Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung**

- Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: ..... Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Träume:** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah
- Sportarten:** ..... wie häufig? .....





**Ernährung:** Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol  
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol  
Allergien auf .....

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch usw.)**  
Nein / falls ja, welche? .....

**Rauchen:** ja / nein wie viele .....

**Alkohol:** wie häufig? ..... was .....

**Trinken:** Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? ..... Liter

**Haustiere:** Haben oder hatten Sie Haustiere?

**Häuslicher Bereich:** Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT Telefone?

**Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?**

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?**

**Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht) .....**

**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10) .....**

**Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben

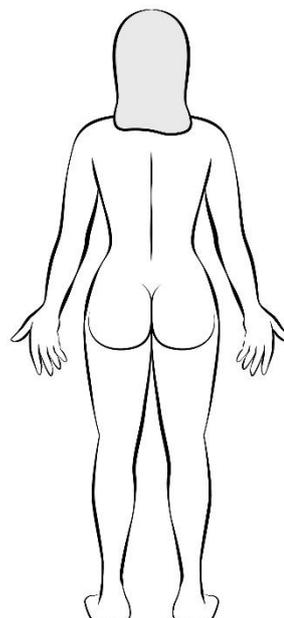
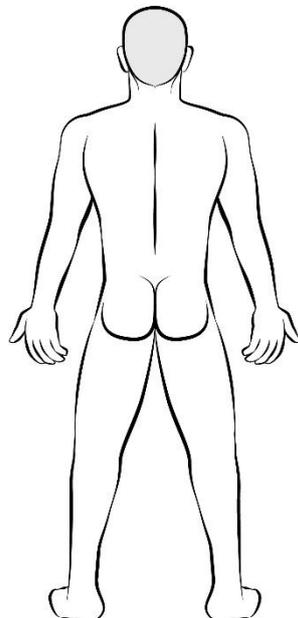
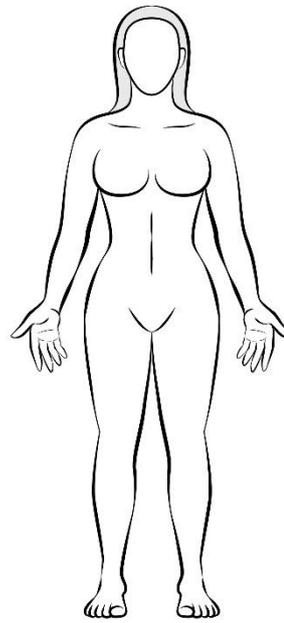
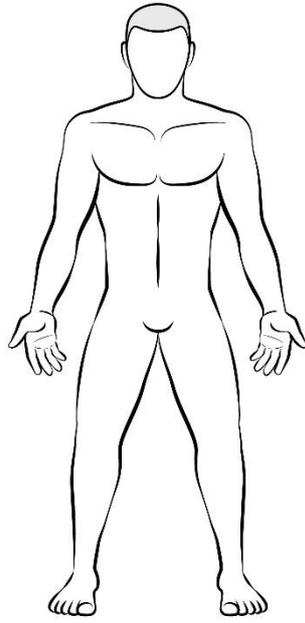




**Paul Berbig**  
Der Heilpraktiker in MV

Ihlenfelder Straße 5 17034 Neubrandenburg

**Bitte hier die Schmerzpunkte oder Schmerzareale einzeichnen**



**Paul Berbig**  
Der Heilpraktiker in MV  
  
Ihlenfelder Straße 5  
17034 Neubrandenburg

☎ 0395/ 37938848  
☎ 0175 / 58 06 857  
✉ info@der-heilpraktiker-mv.de  
<https://www.der-heilpraktiker-mv.de>

*Ganzheitliche Schmerztherapie  
Biologische Krebstherapie  
Ernährungsberatung  
Neuraltherapie, Osteopathie  
Psycho-/ Kinesiologie*