



Pleichertorstr. 2
97070 Würzburg
Tel.: 0931 / 53 227
Mobil: 0157 / 585 125 10

www.Naturheilpraxis-Frankson.de
Email: Info@Naturheilpraxis-Frankson.de

Anamnese

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit
eigenen Worten zu beantworten.

Vorname _____ Name _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

Geburtsdatum _____

Körpergröße/Gewicht _____

Krankenversicherung Gesetzlich Privat Heilpraktiker-Zusatzversicherung
 Beihilfe / Post

Name der Krankenkasse: _____

Rauchen Sie? ja, _____ Zigaretten/Tag nein
 nein

Trinken Sie Alkohol? ja, Trinkmenge: _____

bestehende Allergien auf: _____

Beschwerden

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 10 an und ordnen Sie nach Wichtigkeit.

1.	_____	seit	Intensität
2.	_____	seit	Intensität
3.	_____	seit	Intensität
4.	_____	seit	Intensität
5.	_____	seit	Intensität
6.	_____	seit	Intensität

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen? Wie war der Erfolg?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- eine Erkrankung Kummer Trauer Impfung
 Schreck Operationen Hautausschläge Medikamente
 Anderes: _____

Frühere Erkrankungen / Operationen (wenn möglich, chronologisch):

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Mumps | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | | |

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 | |

Familie/Soziales

Partnerschaft: _____

Kinder: _____

Eltern: _____

Geschwister: _____

Beruf: _____

Berufliche Belastung durch Chemikalien/Giftstoffe? ja nein

Sind Sie in Ihrem Beruf zufrieden? ja nein

Emotionales

- | | |
|--|---|
| Haben Sie Existenzängste? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Liegen Beziehungskonflikte vor? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Liegen Schlafstörungen vor? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

- Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ja nein
 Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch? ja nein
 Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ja nein
 Können Sie NEIN sagen? ja nein
 Haben Sie oft Schuldgefühle? ja nein
 Schwitzen Sie leicht? ja nein
 An welchem Körperteil: kalter Schweiß warmer Schweiß
 Frieren Sie schnell? ja nein

kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Seelische Belastungen (früher & heute):

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker |
| <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Biokost |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

Wenn ja, welche:

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ja nein

Appetit: gut mäßig schlecht Abneigung gegen Fleisch/Fettes

Gewicht: konstant Zunahme Abnahme _____ kg in _____ Wochen

Wurden Sie gestillt?

ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche?

ja nein: _____

Wohnung

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- konventionelle Haushaltsreiniger
- biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone/Internet
- elektrische Geräte im Stand-by-Modus
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- lebhafte Träume

Häufiges Erwachen, um wie viel Uhr? _____

nächtliches Wasserlassen, wie oft? _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig
- selten
- nie
- Stirn-Augen-Schläfenregion
- Hinterhauptsregion
- morgens
- abends
- halbseitig
- links
- rechts
- doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen? _____

Was verbessert? _____

Was verschlechtert? _____

Haare

- Haarausfall
- kreisrund
- vereinzelt
- seit wann? _____

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille seit: _____

sonstige Beschwerden: _____

Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck
- Mittelohrentzündungen

Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen
- wurzelbehandelte Zähne
- tote Zähne
- empfindliche Zähne auf
- heiß
- kalt

Wurden bei Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?

- ja, ohne Ausleitung
- ja, mit Ausleitung
- nein
- Zahnfüllmaterialien: Amalgam
- Gold
- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen
- Absonderungen: wässrig
- schleimig
- eitrig
- grünlich

Mandeln

- Operationen
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust • Bauch • Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Infarkt
- Rhythmusstörungen
- Beklemmung
- Druckgefühl
- Bluthochdruck

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Auswurf, welche Farbe? _____

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

Nieren/Blase

- Nierensteine Entzündungen häufig

Harn

- viel wenig häufig kann nicht halten

Geruch nach: _____

Darm

- Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperation Blähungen

Stuhlgang

- täglich jeden 2. Tag unregelmäßig

Geruch nach: _____

- Neigung zu Verstopfung Neigung zum Durchfall

- Konsistenz des Stuhls: hell dunkel übelriechend
 hart knollig weich
 schmierig pastenartig

- kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Arme • Beine • Rücken • Haut

Arme

- Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen
 Kribbeln kalte Hände

Beine

- Schmerzen Krampfadern Operationen Verletzungen
 kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken
 Warzen Pilze eingewachsene Nägel Biokosmetik
 Nagelbettentzündungen

Gynäkologischer/Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss

- keinen stark weiß gelb wundmachend färbt die Wäsche
- Schmerzen Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten
- Geburten, Anzahl: _____ Abtreibungen Tumore Zysten
- Myome Geschlechtskrankheiten: _____

Prostata

- vergrößert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten: _____

Sexualität

- vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Erwartung

Was erwarten Sie von meiner Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis: Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar in Höhe von 50,- Euro in Rechnung zu stellen.

Datenschutz: Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____