Fragebogen zur Anamnese (Fallaufnahme)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, da auch vermeintlich geringe Ursachen den gesamten Organismus beeinflussen und größere Auswirkungen haben können, ist dieser Fragebogen so umfassend. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit zum Ausfüllen! (Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.)

© HOMEDA 2009

Anamnesedatum:					
Name	Patient:	Vorname:	Geburtsdatum:	Alter:	
Strasse	2:	PLZ und Ort:	Telefonnummer:	Familienstand:	
	Vorgeschichte:	erden / Erkrankung			
			esuchs – mit Datum des ersten Auftreter	ns.)	
1.1					
1.2					
1.3					
1.4					
1.5					
1.6	Was oder durch wel	chen Umstand verschlimmern sich	die Beschwerden?		
1.7	Was oder durch wel	chen Umstand verbessern sich die	Beschwerden?		
1.8	Außerhalb aus der V	Vohnung - 🗌 Besserung 🔲 Verso	chlechterung - schildern Sie, evtl. warum?		
1.9	Ändern sich Ihre Be	□in den Bergen □besse □bei sportlichen Aktivitäten schwerden im Urlaub?	□ besser □ schlechter?		
1.10		eschwerden haben Sie (auch gerir er Leistungsfähigkeit, wiederkehrei	ngfügige)? - Datum des ersten Auftretens nde Beschwerden.	s anführen.	
	Wie viel Prozent hal	pen Sie durch Ihre Erkrankung an	Lebensqualität verloren?		
1.11	ca. 20% 🗆 5	0% □ 70% □ 90%□			

3.) Arzneimittel Einahme (Welche Arzneimittel haben Sie regelmäßig bzw. über einen längeren Zeitraum eingenommen? Wenn bekannt, bitte Wirkstoff aufführen) z.B. Penicillin, Antibiotika, Cortison, Psychopharmaka, Herzmittel, Schmerzmittel, etc. Wann war die letzte Einnahme? 4.) Impfungen x ja - nein ? weiß nicht Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit! Tetanus Mumps Typhus Windpocken Kinderlähmung (Polio) Haemophilis infl. b Masern Röteln Hepatitis A Cholera Tuberkulose HPV - Human Papillomavirus FSME Pocken Hepatitis B Gelbfieber Pneumokokken Sonstige Grippe Tollwut Diphtherie Keuchhusten Meningokokken 5.) Operationen (Welche, bitte mit Jahresangabe)
☐ Tetanus ☐ Mumps ☐ Typhus ☐ Windpocken ☐ Kinderlähmung (Polio) ☐ Haemophilis infl. b ☐ Masern ☐ Röteln ☐ Hepatitis A ☐ Cholera ☐ Tuberkulose ☐ HPV - Human Papillomavirus ☐ FSME ☐ Pocken ☐ Hepatitis B ☐ Gelbfieber ☐ Pneumokokken ☐ Sonstige ☐ Grippe ☐ Tollwut ☐ Diphtherie ☐ Keuchhusten ☐ Meningokokken
☐ Masern ☐ Röteln ☐ Hepatitis A ☐ Cholera ☐ Tuberkulose ☐ HPV - Human Papillomavirus ☐ FSME ☐ Pocken ☐ Hepatitis B ☐ Gelbfieber ☐ Pneumokokken ☐ Sonstige ☐ Grippe ☐ Tollwut ☐ Diphtherie ☐ Keuchhusten ☐ Meningokokken
5.) Operationen (Welche, bitte mit Jahresangabe)
6.) Klinikaufenthalte (Gründe – Jahresangabe)
7.) Narkosen Wie oft haben Sie Narkosen bekommen, auch Teilnarkose, Zahnarzt und Neuraltherapie? Anzahl und Jahr (Wie war Ihr Befinden nach der Narkose)?
8.) Bluttransfusion Haben Sie mal eine Bluttransfusion bekommen? Wenn ja, wann (bitte Jahr angeben) und wie viel?
o.) Didta di Sid Habert Sie mar eine bidta arsidsion bekommen: Wenn ja, Wann (bitte sam angeben) und wie vier
Umgebungsbedingungen, Lebensstil und Wohnsituation 9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf
9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag?
9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf 9.1 Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag? 9.2 Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche? Arbeiten Sie in verschiedenen Schichten?
9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf 9.1 Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag? 9.2 Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche? 9.3 Arbeiten Sie in verschiedenen Schichten? Arbeiten Sie an Wochenenden?
9.1 Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag? 9.2 Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche? 9.3 Arbeiten Sie in verschiedenen Schichten? 9.4 Arbeiten Sie an Wochenenden?
9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf 9.1 Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag? 9.2 Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche? 9.3 Arbeiten Sie in verschiedenen Schichten? Arbeiten Sie an Wochenenden?
9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf 9.1 Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag? 9.2 Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche? 9.3 Arbeiten Sie in verschiedenen Schichten? 9.4 Arbeiten Sie an Wochenenden?
9.) Derzeitiger und ggf. früherer Beruf 9.1 Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag? 9.2 Wie viele Tage arbeiten Sie pro Woche? 9.3 Arbeiten Sie in verschiedenen Schichten? 9.4 Arbeiten Sie an Wochenenden? 10.) Häufiger Umgang mit bestimmten Materialien (z.B. Staub, Chemikalien, Giftstoffe)

 \square Schulmedizin

☐ Bioresonanztherapie ☐ Bachblütentherapie

2.) Bisherige Behandlung (Ärzte / Therapeuten?)

14.) Alkohol	regelmäßig \Box	oft \square	selten \square	nie \square	
15.) Sportliche Betätig welche Sportarten?	ung regelmäßig 🗌	oft □	selten 🗆	nie 🗆	
16.) Was sind Ihre Hol	obys bzw. Freizeitbeschä	ftigung?			
17.) Auslandsreisen, a	uch außerhalb Europas (I	Land? Jahresar	ngabe)		
18.) Haustiere (welche,	wie lange?)				
19.) Haus / Wohnung					
Wann wurde Ihr H	aus gebaut? Welch	e Materialien v	vurden zum Bau v	erwendet?	
Seit wann wohnen	Sie dort?				
Welche Heizquelle 19.3	/ Heizungsart nutzen Sie?				
Aus welchem Mate	rial bestehen ihre Wasserleitun	gsrohre?			
Gibt es in Ihrem Ha Wenn ja, welche?	aus / Wohnung Probleme mit F	euchtigkeit od	er Schimmel? ı	nein 🗌 ja 🗆	
	nittelbaren Nachbarschaft: F dustrie □ Atomreaktor □	unkmasten 🗆 starke Lärmb		ungen Umschaltstationen nderes Belästigungspotential	
		er Stadt 🗌 lienhaus 🗌	auf dem Bauern Hochh		
	bzw. berufliche Situation bezü n, Fernseher im Schlafzimmer,			olatz, Maschinen, Computer, etc.	
Wenn ja, mit welch					ја 🗆
wie möglich ein.				chnen Sie Ihren Schlafplatz so ex	akt
,	ringen Sie täglich am TV bstand von Ihrem TV		h, PC m	h, Playstation	h?
21.) Was würden Sie a	ls Hauptbelastung in Ihr	em Leben b	ezeichnen und	wie beeinträchtigt Sie da	s?
22.) Wie viel Zeit sind 10 – 30 Min. □		e körperlich hr als 1 Stu		e Gesundheit zu investiere	en?

23.) Was tun Sie für Ihre Entspannung und wie viel Zeit nehmen Sie sich dafür?
24.) Wie viel km legen Sie durchschnittlich mit Ihrem PKW monatlich zurück?km
25.) Leiden Sie unter: Antriebslosigkeit □ Müdigkeit □ Erschöpfung □ Energielosigkeit □
26.) Gab es in Ihrem Leben besonders unglückliche Zeiten und Erlebnisse? (Kindheit, Schock, Todesfälle, Beziehungen, Mobbing am Arbeitsplatz, Scheidung etc.)
Ihre eigene Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit
27.) Wie war Ihre Schwangerschaft? Komplikationslos □ Frühwehen □ in/abMonat
Übelkeit der Mutter □ in/abMonat Schockerlebnisse der Mutter in der Schwangerschaft □
28.) Wie war Ihre Geburt? Kaiserschnitt □ Saugglocke □ Zangengeburt □ Steißlage □ eingeleitet mit Oxytocin □ eingeleitet mit Prostaglandin □ Vollnarkose □ PDA □ Lachgas □
29.) Wie war Ihr Geburtsgewicht / Größe ? Wie lange wurden Sie gestillt?
30.) In welchem Alter lächelten krabbelten liefen sprachen Sie zum ersten Mal?
31.) Impfreaktionen, Symptome?
32.) Unverträglichkeitsreaktionen gegen Arzneimittel, Nahrungsmittel, oder Allergenen – welcher Art?
33.) Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchlebt?
34.) Haben Sie mehrfach Scharlach gehabt?
35.) Sind Sie ein Einzelkind? Nein □ Ja □
Ich habe Geschwister weiblich männlich
Eigene Kinder, Schwangerschaft, Geburt
36.) Wie viele Kinder haben Sie?
37.) Bestand / besteht über längere Zeit ein unerfüllter Kinderwunsch? nein □ ja □ wenn ja, wie lange schon? Gibt es Gründe / Aussagen warum?
38.) Haben Sie Verhütungsmittel genommen / verwendet nein □ ja □
wenn ja, welche?
wie lange?

39.) Auffälligkeiten während der Schwangerschaft (Übelkeit, Frühwehen, Schock-Schreckerlebnisse, Blutzuckerwerte, Arzneimitteleinnahme etc.)					
40.) Wie war die Geburt? Sturzgeburt □ Frühgeburt □ Kaiserschnitt □ Dammschnitt □ Zangengeburt □ eingeleitet mit Oxytocin □ eingeleitet mit Prostaglandin □ Vollnarkose □ Saugglocke □ PDA □ Lachgas □ Steißlage □ Mehrlingsgeburt □ Spontan/Normalgeburt □					
41.) Sonstige Auffälligkeiten? (Dauer der Geburt, Blutgruppenunverträglichkeit, Gelbsucht, Blutaustausch, Apgar-Werte)					
42.) Gesundheitszustand / Ki	inder				
43.) Stillen (Dauer, ausreichende	Milchproduktion, medikame	tös	abgestillt)		
	eiten, Verdauung etarisch fettarm makrobiotisch / vegan makrobiot	k	alorienreduziert		
45.) Welche Nahrungsmittel	in welchen Mengen ne	hm	en Sie durchschnittlich zu s	ich?	
Fleisch	Mahlzeiten / Woche		Kaffee	Tassen pro Tag	
Geflügel	Mahlzeiten / Woche		Koffeinfreier Kaffee	Tassen pro Tag	
Fisch	Mahlzeiten / Woche		Tee	Tassen pro Tag	
Eier	Anzahl / Woche		Kohlensäurehaltige Getränke	Gläser / pro Tag	
Käse	wie oft / Woche		Stilles Wasser	Gläser / pro Tag	
Hülsenfrüchte	wie oft / Woche		Fruchtsäfte	Gläser / pro Tag	
Frisches Gemüse	Mahlzeiten / Woche		Zucker	Teelöffel / pro Tag	
Rohes Gemüse und Salat	Mahlzeiten / Woche		Schokolade / Süßigkeiten	Menge / Woche	
Frisches Obst	Menge / Woche		Süßstoffe	Menge / pro Tag	
Weißbrot	Scheiben / Woche		Kuchen	Stück / Woche	
Vollkornbrot	Scheiben / Woche		Nahrung in Kunststoff verpackt	wie oft / Woche	
Fast Food	Mahlzeiten / Woche		Nahrungsmittel aus Dosen	wie oft / Woche	
Milchprodukte (Yoghurt, Käse)	wie oft / Woche		Nahrungsmittel tief gefroren	wie oft / Woche	
Kartoffel / Reis	Mahlzeiten / Woche		Lightprodukte	wie oft / Woche	
Sojaprodukte	wie oft / Woche		Nudeln und Mehlspeisen	wie oft / Woche	
46.) Kauen Sie Kaugummi 🗆	, Lakritze □? wie oft:		Tag 🗌 Woche [
47.) Wo kaufen Sie Ihre Lebe	ensmittel ein? Einzell	han	del 🗆 Supermarkt 🗆 Bio	oladen Reformhaus	
48.) Durst viel □ wenig □	kalt □ warm □ wie oft:		wann: worauf an	n meisten?	
	worauf am meisten?		□ auf warme Speisen □ Heis: ds □ nachts □ bestimmte		

50.) Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln / Getränken
51.) Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel / Getränke
52.) Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln / Getränken
53.) Verdauung wie oftpro Tag □ pro Woche □, nach jedem Essen □ Befindlichkeit vor-, beim-, nach dem Stuhlgang Durchfall, Verstopfung; Konsistenz z.B. wässrig, blutig, lehmartig, knollenartig etc.

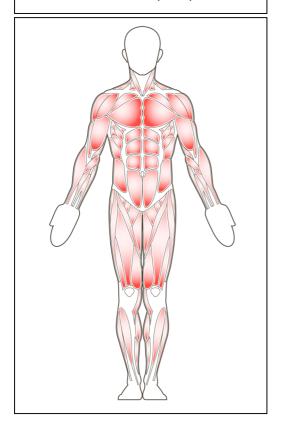
Beschwerden, Erkrankungen
54.) Nennen Sie frühere bzw. abgeschlossene Erkrankungen und Beschwerden (Jahresangabe)
55.) Allergien: z.B. Heuschnupfen, Asthma etc. Auf welche Stoffe, Substanzen, Dinge reagieren Sie wissentlich allergisch?
56.) Haben Sie einen Allergiepass? nein □ ja □ wenn ja, bitte mitbringen.
57.) Sind Sie auf Allergien getestet worden? nein □ ja □ wenn ja, wie sind sie getestet worden?
58.) Haben Sie Hautbeschwerden (trocken, fettig, Pilze, Warzen, Ausschläge etc.)
59.) Nutzen Sie ein Solarium? nein □ ja □ wenn ja, wie oft pro Woche?
60.) Beschwerden an Haaren (Haarausfall), Zähnen (Zahnfüllungen - Material), Nägeln?
61.) Hatten Sie eine OP an Weisheitszähnen nein □ ja □
62.) Haben Sie wurzelbehandelte Zähne nein □ ja □ wenn ja, wo?
63.) Haben Sie Zahnfleischbluten □ / Parodontose □? nein □ ja □ wenn ja, wie oft und wo?
64.) Kopfbeschwerden, wie Schmerzen oder Schwindel (genaue Beschreibung wann und wo? - Auf Seite 10 + 11 der Skizze markieren)?
65.) Hals- und Stimmbeschwerden
66.) Beschwerden im Brust- Lungenbereich

67.) Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Blutdruckanomalie, Venenentzündungen, Krampfadern)
68.) Beschwerden von Leber, Galle, Magen, Darm
CO) Deschwarden an Musikala Calenton Knachan
69.) Beschwerden an Muskeln, Gelenken, Knochen
70.) Hormonelle Störungen, (z.B. Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse / Diabetes)
70.7 Normonene Scordingeri, (2.b. Schindardse, Baddispelenelardse / Bidbetes)
71.) Gynäkologische Beschwerden (z.B. Zyklusstörungen, Zysten, Eierstöcke, Beschwerden vor, während oder nach der
Menstruation. Wann war die erste Menses?)
72.) Urologische / Androgene Erkrankungen (Blase, Nieren, Prostata, Fertilitätsstörungen etc.)
73.) Urologische Frage an den Mann: Können Sie 1m weit im Strahl Wasserlassen? nein 🗆 ja 🗆
Tröpfelt es nach? nein □ ja □
74) 8 4 4 2 3 4 5 5
74.) Brennt es beim Wasserlassen? Nein 🗆 ja 🗆
75.) Neurologie / Nervenerkrankungen / Psychische Erkrankungen
(z.B. Parkinson, Epilepsie, Psychosen, Depressionen)
76.) Rheumatische und degenerative Erkrankungen (markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche auf der
Skizze Seite 10)
77.) Narben (auf Seite 10 der Skizze markieren)
78.) Sonstige Krankheiten / Beschwerden
79.) Erkrankungen in der Familie (gehäuftes Auftreten, Todesursache)
Allgemeine Befindlichkeiten
80.) Körperliche Empfindungen – Verlangen nach [+] bzw. Abneigung gegen [-]
z.B. Hitze [+], Kälte [-], Entblössen [-], Bettwärme [+] etc.
81.) Urinverhalten: Harndrang, Menge, Farbe, Geruch, Häufigkeit, Zeiten, Bettnässen etc.
92 \ Ausfluss (we wie off an welcher Stelle a Decimalizate and Windon welche Decitation in
82.) Ausfluss (wo, wie oft, an welcher Stelle z.B. gynäkologisch, aus Wunden, welche Beschaffenheit)

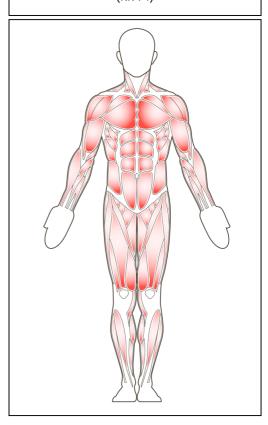
,	erfrischtes Erwachen oder unausgeschlafen trot		durch: z.B. Gedankenandrang, Schlaflage, zu hlaf)	i irunes Erwachen,
84.)) Wann gehen Sie ca. zu Bett?	Uhr	Wann stehen Sie ca. auf?	Uhr
	Aus welchem Material besteht Ihre Ma	atratze?		
85.)	Träume (nie, gelegentlich, oft, immer wiederk	kehrende Trä	iume, Trauminhalte, keine Erinnerung an Trä	iume)
86.)) Wenn Sie nachts aufwachen, was den	ken Sie, is	st die Ursache? (Schwitzen, Herzrasen, Tr	äume etc.)
87.)) Weinen (können Sie weinen oder würden Sie	sich als "har	t" bezeichnen)	
88.)) Ängste (z.B. Zukunft, Gesundheit, um Familie Menschen, Tiere, Gewitter, etc.)	nmitglieder,	Krankheit, Tod, Autofahren, Aufzüge, Wartes	schlangen,
89.)) Frieren Sie leicht, oder würden Sie sich	h als "war	mblütig" bezeichnen?	
90.)) Gedächtnis und Konzentration (in bestin Aufmerk		en gut oder schlecht, Schulschwierigkeiten, rungen, ADS – ADS-H etc.)	
91.)) Arbeitseinstellung (z.B. gleichgültig, gewiss	enhaft, kritis	sch, unentschlossen, Workaholik, penibel)	
92.)		iberschäume	schwankend, gefühlvoll, wechselnd, labil, sa end, ärgerlich, frustriert, starr, aufbrausend, u itend, gewalttätig oder gewalttätige Gedanke	ıngerecht, nervös,
93.)) Würden Sie sich als kreativ bezeichner	า?		
94.)) Sexualität (Verlangen, Abneigung, Lustlosigk	eit, Frigidität	r, Erektions- und Ejakulationsprobleme etc.)	
95.)	Lebensenergie (Wie würden Sie Ihre Lebens	senergie bes	chreiben?)	
96.)) Wetterfühligkeit, Temperatur (welcher A	art, bei welch	ner Wetterlage)	
97.)) Was bessert Ihre Beschwerden (Druck,	Berührung,	Bewegung, Ruhe etc.)	
98.)) Schwitzen (wann, bei welchem Anlass, leicht,	, an bestimn	nten Körperteilen, stark, unangenehmer Geru	ich etc.)
99.)) Leiden Sie unter Nachtschweiß? Wenn	ı ja, seit w	vann?	
100	.) Kennen Sie Ihren "normalen" Blutdru	ıck? Je na	ach Verfassung direkt messen	

101.) Fühlen Sie sich manchmal fiebrig/erhöhte Temperatur? Wenn ja, seit wann?
102.) Hatte Sie in der letzten Zeit Gewichtsveränderungen? Wenn ja, wie viel? Gewollt oder ungewollt?
102.) Flatte Sie in der letzten Zeit Gewichtsveranderungen: Wehlt Ja, wie vier Gewont oder ungewont:
103.) Haben Sie Ödeme (geschwollene Hände/Füße)?
104.) Sonstiges / Kommentar (Schreiben Sie, was Ihnen zusätzlich noch erwähnenswert erscheint in Stichworten auf.)

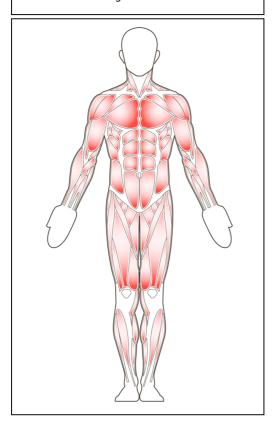
Markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche Ihrer rheumatischen Beschwerden. (Nr. 73)



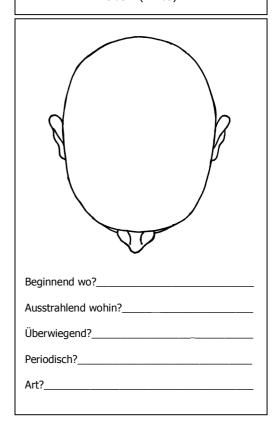
Markieren Sie hier Ihre Narben. (Nr. 74)



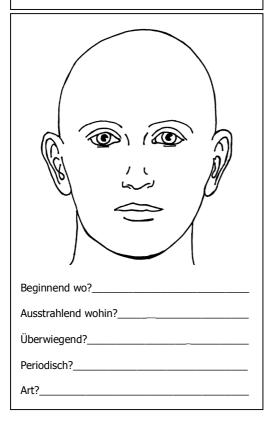
Markieren Sie hier Bereiche von undefinierbaren Beschwerden, die immer mal wieder auftreten und nach einiger Zeit verschwinden.



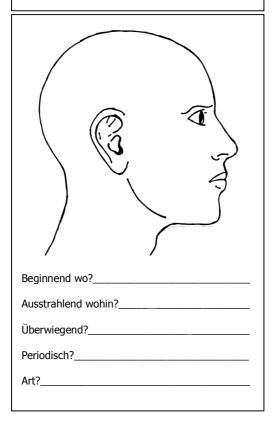
Markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche Ihrer Kopfschmerzen **Oben** (Nr. 63)



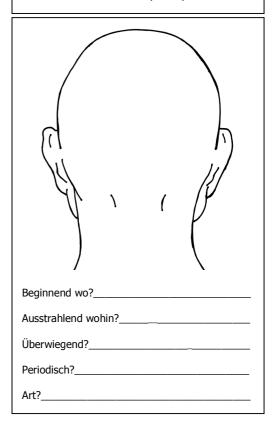
Markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche Ihrer Kopfschmerzen **Vorderseite** (Nr. 63)



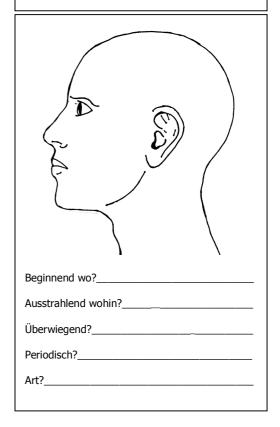
Markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche Ihrer Kopfschmerzen **Rechte Seite** (Nr. 63)



Markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche Ihrer Kopfschmerzen **Rückseite** (Nr. 63)



Markieren Sie die hauptsächlichen Schmerzbereiche Ihrer Kopfschmerzen **Linke Seite** (Nr. 63)



Straße 🗆 - Eingang 🗆 des Hauses bzw. der Wohnung
Bitte hier Ihren Schlafbereich so exakt wie möglich einzeichnen (Nr. 18.9)
Datum und Unterschrift des Patienten:
שמנעווו עווע טווגפוסטווווג עכס רמנוכווגפוז.