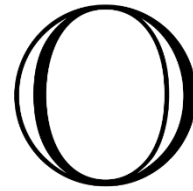


Nadja Jänisch

Heilpraktikerin
Fitness-/ Personal-Trainerin

Hagenbeckstraße 150, 22527 Hamburg

Tel: 040 800 808 100 • Mobil: 0151 11078265
Email: info@osteofit-hamburg.de
Internet: www.osteofit-hamburg.de



OsteoFIT
HAMBURG

Anamnese - Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtstag: _____ Familienstand: _____
Kinder: _____ Beruf: _____
Tel: _____ E-Mail: _____

Versicherung: Gesetzlich (z.B. AOK) _____
 Privat-Versicherung (z.B. Debeka) _____
 Beihilfe (z.B. Post) _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Anleitung:

In der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren. Bei den Beispielen genügt es, Zutreffendes zu unterstreichen. Ansonsten antworten Sie gern mit eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit und schicken Sie mir dann den Fragebogen vor Ihrem Termin per Post oder Mail zu.

Vielen Dank!

Ihre Heilpraktikerin Nadja Jänisch

Gibt es aktuelle Beschwerden oder Auffälligkeiten?

Was ist Ihr Wunsch an mich? Was ist Ihr Ziel?

Welche Beschwerden/Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin?

Haben Sie Schmerzen?

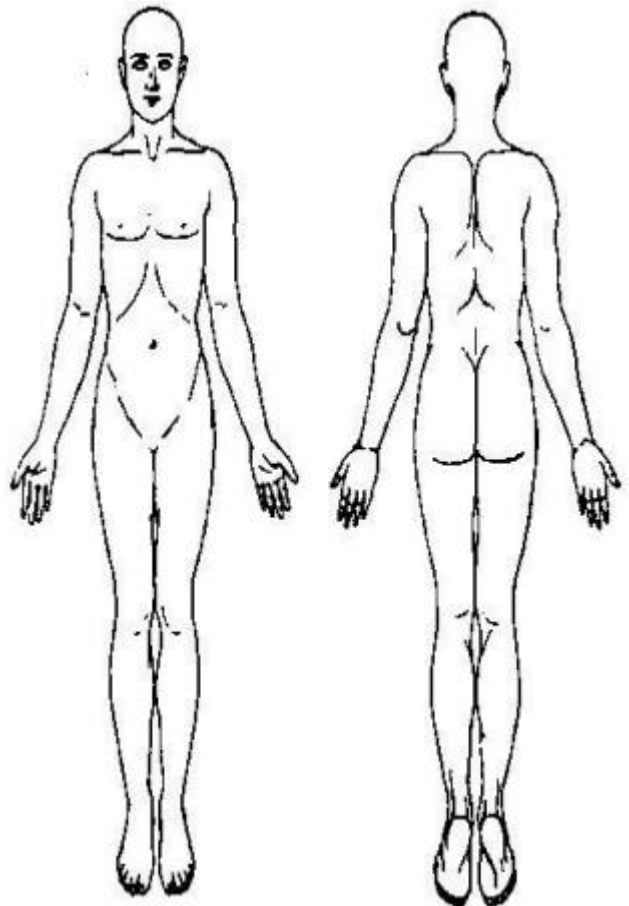
(Bitte tragen Sie diese in die nebenstehende Zeichnung ein!)

- Punkt - punktförmiger Schmerz
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz
- ▒ Schraffur - unklarer Schmerz

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? (z.B. immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich)

Wie ist das Schmerzempfinden? (z.B. ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend)



Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz?

(z.B. körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung)

Welche Ereignisse verbessern den Schmerz?

(z.B. Ruhe, Schlaf, Urlaub, Bewegung, Schmerzmittel)

Gibt es weitere Symptome zum Schmerz?

(z.B. Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung)

Erfolgte bisher eine Schmerzbehandlung? Wie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

(z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Impfungen)

Gibt es Beschwerden oder Auffälligkeiten in weiteren Bereichen?

Allergien/ Unverträglichkeiten

(z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, Pollen/Gräser, Tierhaar)

Kopfschmerzen

(z.B. häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig?)

Haare

(z.B. Haarausfall, kreisrund, vereinzelt. Seit wann?)

Augen

(z.B. Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration)

Ohren

(z.B. links/rechts, Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____, andere _____)

Zähne/ Kiefer

(Geben Sie bitte neben ihren Beschwerden auch Auskunft über:

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Kunststoff Gold Keramik Implantat: ja / nein)

Nase

(z.B. Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft)

Mandeln

(z.B. Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute)

Schilddrüse

(z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Medikamente)

Herz

(z.B. Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Infarkt)

Lunge (z.B. häufig Husten, Bronchitis, Lungenentzündung)

Leber (z.B. Entzündung (Hepatitis), Gerinnungsstörung)

Galle

(z.B. Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit)

Magen (z.B. Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Entzündung, Geschwür)

Niere/ Blase

(z.B. Nierensteine, Entzündungen, häufig Harndrang, kann nicht halten, Farbe, Menge, Geruch)

Darm

(z.B. Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen (Geruch))

Stuhlgang

(z.B. täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhlgang wechselhaft, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, Blutbeimengung /-auflagerung, Konsistenz eher fest/flüssig, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden)

Arme (z.B. Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände)

Beine (z.B. Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, kalte Füße, Taubheitsgefühl)

Rücken

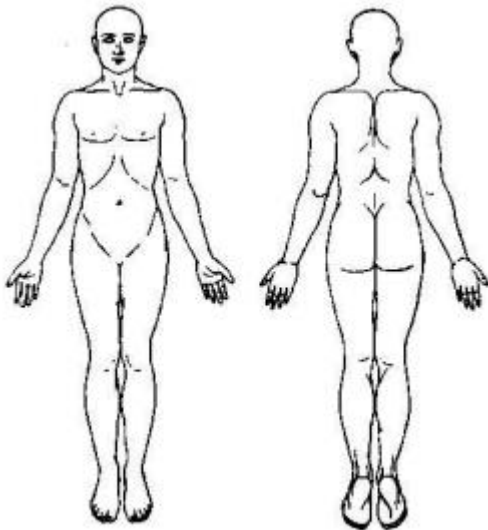
(z.B. Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma, Operationen)

Haut/ Nägel

(z.B. Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen)

Narben

(Bitte tragen Sie diese farbige in die nebenstehende Zeichnung ein!)



Woher stammen die Narben?

(z.B. Operation, Unfall, Verbrühung (Jahresangabe))

Gynäkologie

(z.B. Geburten, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten)

Menses

(z.B. unregelmäßiger Zyklus, überregelstarke Blutungen, Zwischenblutungen, starke Stimmungsschwankungen)

Wann die erste Menses? _____

Wann die letzte Menses? _____

Klimakterische Beschwerden (Wechseljahre)? _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? _____

Prostata (z.B. vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen)

Sexualität

(z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)

Schlaf

(z.B. Schlaflosigkeit, Schwierigkeiten beim Einschlafen/ Durchschlafen, Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß)

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen _____
übliches Aufstehen _____

Blut/ Blutgruppe

(Welche Blutgruppe haben Sie? Waren Werte zuletzt auffällig? Bitte vergangene Befunde mitbringen!)

(Auffrischungs-) Impfungen

(z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Grippe, Zecken (Bitte Impfausweis mitbringen!))

Reaktionen auf Impfungen

(z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen)

Infektionskrankheiten

(z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose)

Familienkrankheiten

(z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Herz- oder Gefäßkrankheiten, Asthma, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nieren- oder Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Demenz, Depressionen)

Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht(kg)? _____

Aktuelle Körpergröße(cm)? _____

Was und wie viel trinken Sie pro Tag (Liter)? _____

Alkohol? Nein Ja (Menge am Tag) _____

Nikotin? Nein Ja (Menge am Tag) _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? Nein Ja (Welche?) _____

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja (Welche?) _____

Führen Sie ihrem Körper andere Stoffe zu? Nein Ja (Welche?) _____

Chronologie der Krankengeschichte

(Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen!)

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

.....
Datum, Ihre Unterschrift