



**Naturheilpraxis Vera Stiglmair
Heilpraktikerin**

Am Versuchsgarten 14
91807 Solnhofen
Tel. 09145 839379

www.naturheilpraxis-altmuehltal.de

Anamnesebogen

Name/ Vorname

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon/ Handy

Familienstand / Kinder

Beruf

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bitte nehmen sie sich genügend Zeit zum Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es, diese zu unterstreichen. Gerne können Sie jedoch ergänzende Worte zur Krankheitsgeschichte aufschreiben. Für eine umfassende homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, auch wenn diese Ihnen unwichtig erscheinen mögen. Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (bitte auch notieren, wo die Beschwerden sind, wann bzw. seit wann sie auftreten, wodurch werden sie besser oder schlechter usw.)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ereignis, Ärger, sorgen, Unfall usw.

Unfälle

wenn ja, wann _____ Art _____
ggf. bleibende Beeinträchtigung _____

Operationen,

wenn ja, wann und welche _____

Allergien

allgemein _____ Hautallergien _____ Atmungsallergie _____



Naturheilpraxis Vera Stiglmaier
Heilpraktikerin

Am Versuchsgarten 14
91807 Solnhofen
Tel. 09145 839379

www.naturheilpraxis-altmuehlal.de

Unverträglichkeiten oder Empfindlichkeiten

Lebensmittel _____ Cremes _____ sonstige _____
Heißhunger/ Abneigung geg. best. Lebensmittel, welche _____

Impfungen (Bitte Impfpass mitbringen oder Kopie davon), bitte unterstreichen:

Pocken Diphtherie Keuchhusten Tetanus Hib Polio
Masern/Mumps/Röteln Meningitis BCG (TB) Hepatitis A/B Cholera
Typhus Gelbfieber Tollwut Windpocken Malaria
Andere _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (z. B. Pocken, Masern, Mumps, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Polio Tuberkulose (BCG), Hämoph. Influenza)

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche (bitte Beipackzettel mitbringen)

Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison eingenommen (wenn ja, warum)?

Kopf z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit usw.

Augen z.B. Brille/seit wann; Rötung, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Doppeltsehen

Nase z. B. Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, Geruchsempfinden

Ohren z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Geräuschempfindlichkeit, usw.

Mund z. B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten usw.

Zähne z.B. Zahnungsbeschwerden, Amalgam, tote Zähne. usw.

Hals z. B. Mandelentzündung, Engegefühl, Reizung

Schilddrüse z. B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck, Kloßgefühl, Räusperrn, usw.

Lunge z. B. häufig Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.

Herz z. B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina Pectoris



Leber & Galle z. B. Druck, Völlegefühl, Gallensteine, Gallenblasenentzdg., Hepatitis usw.

Magen-Darm-Trakt z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit

Wie oft haben Sie Stuhlgang / Urin (Auch Konsistenz und Geruch)?

z. B. knollig, geformt, weich, breiig, blutig, überriechend, Durchfall, Verstopfung

Bewegungsapparat & Rücken z. B. Stecken, Ziehen, Schmerzen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheit, Venenentzündung, Krampfadern, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Ischias, Hexen-schuss, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, Gelenkbeschwerden, usw.

Gynäkologie z.B. Ausfluss, Entzündungen, Pilzinfekte, Zysten, Myome, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabung, Wechseljahre

Erste Menses / welches Lebensalter : _____ ggf. letzte Mens _____

Abstand der Regelblutung _____ und ihre Dauer _____

Die Menses ist: stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft (vor, während nach der Menstruation), Pille, seit _____ welche _____

Schwangerschaften und Geburten _____

Prostata z. B. vergrößert, Beschwerden b. Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen

Haut z. B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre usw.

Haare z. B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, struppig, spröde, fein, fettig

Nägel z. B. fleckig, spröde, eingerissene Nagelbetten, Nietnägel

Schlaf & Schlaflage

z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Einschlafschwierigkeiten, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß usw. sowie

Bauch, Rücken, Seite – links oder rechts, zusammengerollt, Hände über dem Kopf usw.

Appetit z. B. keinen, wenig, viel, Heißhunger usw. _____

Verlangen / Abneigung: z. B.: Süßens, Saures, Gewürztes, Salziges, Fett, Getränke, usw.

Verl./ Abneig.: _____

Durst z.B. keinen, wenig, auf Kaltes, auf Warmes, usw. _____

Geschmack z. B. süß, sauer, salzig, fade, metallisch _____

Schweiß z. B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperteile _____

Temperaturempfinden z.B. frostig, warm, kalt, hitzig usw. _____

Stimmung z. B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, cholerisch



**Naturheilpraxis Vera Stiglmair
Heilpraktikerin**

Am Versuchsgarten 14
91807 Solnhofen
Tel. 09145 839379

www.naturheilpraxis-altmuehlal.de

Temperament z. B. mutig, zurückhaltend lebhaft, nervös, gern allein, gesellig, einsam usw.
Größte Freude bisher im Leben?

Gibt es etwas, wovor haben Sie Angst haben? (Spinnen, Krankheit, Menschenmengen, usw)

Familienanamnese

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen wie z. B.:
Herzerkrankungen, Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Gefäßerkrankungen, Ängste und Phobien,
Alkoholismus und Suchterkrankungen, Heuschnupfen, Asthma, Geburtsfehler, Krebs,
Geisteskrankheiten, Schizophrenie, Schlaganfall, Selbstmord, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose,
Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Rheuma, Epilepsie,
Depression, Demenz.

Ergänzende Angaben



**Naturheilpraxis Vera Stiglmair
Heilpraktikerin**

Am Versuchsgarten 14
91807 Solnhofen
Tel. 09145 839379

www.naturheilpraxis-altmuehltal.de

Bitte füllen Sie nachfolgende Tabelle aus. Vielen Dank

	Geburtsjahr	Sterbealter	Details
Mutter			
Großmutter			
Großvater			
Vater			
Großmutter			
Großvater			
Schwestern			
Brüder			
Tanten + Onkel			
mütterlicherseits			
väterlicherseits			