



naturomed

PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

Heilpraktiker Guido Klöpper

Anamnesebogen

Vorname		Name	
Straße		Nr.	
PLZ		Ort	
Telefon	Mobil		Fax
Geburtsdatum	Familienstand		Körpergröße/-gewicht
E-Mail		Beruf	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internetsuche Social Media Anzeige vor Ort Persönliche Weiterempfehlung

Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie zu uns:

Bitte geben Sie den Zeitraum der Beschwerden an, die wichtigsten zuerst:

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

5. _____ seit: _____

6. _____ seit: _____

7. _____ seit: _____

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?
(Berichte wenn möglich mitbringen)

Wie erfolgreich waren diese Behandlungen?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht



naturomed

PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

Heilpraktiker Guido Klöpper

Gab es ein Ereignis vor Beginn der Erkrankung?

- eine Erkrankung Operation Trennung Trauer berufliche Veränderung
 Impfung (bitte Kopie des Impfpasses beifügen) Andere:

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie?

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankenvorgeschichte:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht oder haben Sie noch?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken Scharlach
 Kinderlähmung Salmonellose andere infektiöse Durchfallepisoden Pfeiffisches Drüsenfieber
 Hepatitis HIV Gonorrhoe Syphilis andere Geschlechtskrankungen
 Malaria andere Tropenerkrankungen

Leiden Sie häufig an Infektionserkrankungen?

- Atemwegsinfekte x/Jahr Harnwegsinfekte x/Jahr
-



naturomed

PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

Heilpraktiker Guido Klöpfer

Wie häufig wurden Sie bereits mit Antibiotika behandelt?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

- Bluthochdruck Schlaganfall Herzerkrankung Zuckerkrankheit Arteriosklerose
 Asthma Allergien Neurodermitis bösartige Erkrankungen Nierenerkrankungen
 Epilepsie Geisteskrankheiten Rheuma Gicht Geschlechtskrankheiten
 Multiple Sklerose Schuppenflechte Sonstige:
-

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- Tetanus Diphtherie Polio Masern Mumps Röteln
 Hepatitis A Hepatitis B Pneumokokken HIB Tuberkulose Pocken
 FSME Gelbfieber Grippe Sonstige:
-

Gab es Impfreaktionen? Wann traten diese auf?

- Fieber Leistungsschwäche Unruhe Schlafstörungen Krämpfe Andere:
-

Vegetativum:

Wie viel trinken Sie täglich?

Was trinken Sie täglich?

Welche Nahrungsmittel essen Sie in der Regel? Wie oft essen sie diese?

- Milchprodukte Weißmehlprodukte Vollkornprodukte Süßigkeiten Zucker Kuchen
 Gemüse Butter Margarine Eier Nüsse Fleisch
 Fisch Sonstige:
-
-

Auf welche Nahrungsmittel können Sie schwer verzichten?

Verlangen nach:

- süß sauer scharf bitter salzig pikant
 Fleisch Brot Eier Obst Alkohol Nikotin
-

Abneigung gegen:

- süß sauer scharf bitter salzig pikant
 Fleisch Brot Eier Obst Alkohol Nikotin
-



naturomed

PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

Heilpraktiker Guido Klöpper

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

War Ihre Geburt natürlich? ja nein

Wurden Sie gestillt? ja nein

Veränderung des Körpergewichts im letzten Jahr: kg

Veränderung des Körpergewichts im Verlauf Ihres Lebens (bitte Schätzwerte in der Skala eintragen)

.....
12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60 64 68 72 76 80 Jahre

Wie ist Ihre Verdauung?

Frequenz:

x/Tag

x/Woche

Neigung zu:

regelmäßig

unregelmäßig

normal

Durchfall

Verstopfung

Stuhlgang/Konsistenz:

geformt

weich

schmierig

pastenartig

blutig

schleimig

hart

knollig

schmerzhaft

kann Stuhl nicht halten

Sonstiges:

Blähungen

dünn (Bleistift)

sauer riechend

faulig riechend

Gefühl, nicht fertig zu werden

Farbe:

braun

gelblich

weißlich

Wie ist Ihre Harnausscheidung?

Frequenz:

x/Tag

x/Nacht

Gesamtmenge:

Farbe:

hell

bernsteinfarben

braun

Geruch:

Inkontinenz

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit

Störung beim Einschlafen

Störung beim Durchschlafen

Uhrzeit:

Unruhe der Beine

heiße Füße

Sprechen im Schlaf

Störung durch Harndrang

lebhafte Träume

Schwitzen

Schnarchen

Atempausen

wache nicht erholt auf

Schlafdrang am Tag

„Fernseh Schlaf“

Einschlafen im Auto



naturomed

PRAXIS FÜR NATURHEILKUNDE

Heilpraktiker Guido Klöpper

Urologische Fragen (Mann)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung | <input type="checkbox"/> nachlassender Harnstrahl | <input type="checkbox"/> nächtlicher Harndrang |
| <input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Erektionsstörungen |
-

Sexualität

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> gesteigert | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Verkehr | <input type="checkbox"/> unbefriedigt |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
-

Leiden Sie an Allergien?

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Bindehautentzündungen | <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Kontrastmittel |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> genaue Angabe: | | | |
-

Familie:

Wie gut ist das Verhältnis zu Ihren Eltern?

Haben Sie eine(n) Partner(in)? ja nein

Wie gut ist das Verhältnis zu ihrem(er) Partner(in)?

- sehr gut gut mäßig schlecht

- sehr gut gut mäßig schlecht
-

Sind Sie glücklich? ja nein

Raum für Notizen, Anregungen:
