

Heilpraktik für kleine und große Menschen

Janin Breuer
Physiotherapeutin &
Heilpraktikerin

Hagemannsweg 13
21339 Lüneburg
Tel.: 0177-3335034
janin@breuer-kindertherapie.de
www.breuer-kindertherapie.de

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße: _____ PLZ – Ort: _____

E-Mail: _____ Tel.: _____

Versicherung: _____

**▪Welche primären Beschwerden liegen vor/ Grund Ihrer Konsultation?
Was ist Ihr Wunsch an mich?**

**▪Seit wann liegen diese Beschwerden vor, waren Sie diesbezüglich schon
in Behandlung?**

**▪Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen
Beschwerden?**

z.B. Erkrankung, Impfung, Operation, Hautausschlag, auffälliges
Verhalten, Medikamenteneinnahme, Kummer/Trauer/Schreck

▪ **Allgemeines**

Meine Körpergröße.....Mein aktuelles Gewicht.....

Meine Blutgruppe.....

Trinken Sie Alkohol?.....Rauchen Sie?.....

Mein Blutdruck.....

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Grippe, Zecken ...

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Tuberkulose, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Haben Sie Schmerzen? Seit wann und wo haben Sie die Schmerzen?

.....
.....

Gab es ein auslösendes Ereignis?

.....
.....

- Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener
- Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend
- Welche Ereignisse *verschlimmern*? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, TageszeitWetterlage, Monatsblutung, Sonstiges
- Welche Ereignisse *verbessern*? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
- Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Seh- oder Hörstörungen, Bewegungseinschränkung
Sonstiges
- Schmerzbehandlung bisher, wie?

.....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen)

Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben

.....
.....

Ernährung:

Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol, Milch
Nahrungsmittelunverträglichkeiten?.....

Schlaf:

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen wann?....., Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen; Müdigkeit nach dem Essen?

Haben Sie elektrische Geräte in Ihrem Schlafzimmer? Welche?

Schlafzeit:.....

Träume:

schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, wiederkehrend?

- Bewegen Sie sich regelmäßig? Wenn ja, welche Art und wie oft in der Woche?.....
- Was und wie viel trinken Sie am Tag?
- Was machen Sie regelmäßig für Ihre Gesundheit?
- Haben Sie einen „stressigen „ Alltag?
- Haben Sie Zeit für Ruhe und Entspannung (Regeneration)?
- Möchten Sie etwas an Ihrem Alltag ändern und wenn ja , was genau?

▪**Kopf**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens oder
abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig – wandernd

Auslöser der Kopfschmerzen:.....

Was verbessert:.....

Was verschlechtert:.....

Haare:

Haarausfall ,kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen:

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula
Degeneration, usw.

Ohren:

links, rechts, beidseitig - Tinnitus, seit wann.....

häufige Entzündungen

Zähne/ Kiefer:

Gibt es tote Zähne(Wurzel entfernt) O Ja O Nein

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Zahnfleischbluten? Zähne knirschen?

Zahnfüllmaterialien

•Amalgam O Gold O Kunststoff O Keramik

Nase:

behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase

wässrig, schleimig, eitrig, grünlich,

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen,

Operationen

Mandeln:

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse:

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Entzündungen

▪ **Brust - Bauch - Arme – Beine – Rücken - Haut**

Brustdrüse:

Beschwerden, Operationen

Herz:

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung,
Rhythmusstörungen

Lunge:

Bronchitis, häufig Husten, Asthma

Leber:

Entzündung - Hepatitis

Galle:

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen:

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit,
Nahrungsmittelallergien.....

Darm:

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig,
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz?
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig,
pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden,
Stuhlgang wechselhaft usw.

Arme:

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände

Beine:

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße,
Kribbeln, Taubheitsgefühl, Besenreiser? Geschwollene Beine?

Rücken:

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Schmerzen

Haut/Nägel:

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene
Nägel, Nagelbettentzündungen

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja -bitte unbedingt zeigen

Nein

• **Gynäkologischer Bereich**

Ausfluss:

keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche,
Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten.....,
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses:

Wann war die erste Menseswann die letzte.....
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange
Abstand der Regelblutungen
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche
Zwischenblutungen.....
Wechseljahrsbeschwerden
Nehmen Sie Verhütungsmittel?
Welche

Niere / Blase:

Nierensteine? Entzündungen häufig? Harn viel, wenig, häufig, kann
nicht gehalten werden

Sexualität:

vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim
Geschlechtsverkehr