

NATURHEILPRAXIS  
GESUNDHEIT IN BALANCE  
SCHMERZTHERAPIE

Irene Merkel  
Johann-Peter-Hebel-Straße 42  
75335 Dobel  
Tel: 07083-9331263  
e-mail: info@naturheilpraxis-irenemerkel.de  
web: www.naturheilpraxis-irenemerkel.de



## Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und schicken Sie ihn mir ein paar Tage vor unserem ersten Termin wieder zurück. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Als Heilpraktikerin stehe ich ebenso wie ein Arzt unter Schweigepflicht.

Die Fragen dienen dazu, ein umfassendes Bild Ihrer Beschwerden zu bekommen, eventuelle Zusammenhänge aufzudecken und im Gespräch weiterführende Untersuchungen oder Fragen vorzubereiten.

Bei den Beispielen genügt es, anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten zu beantworten.

**Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit. Vielen Dank.**

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Kinder/Alter: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

priv. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

### A: Allgemein

1. Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

---

---

---

---

---

---

---

2. Unter welchen **akuten** Beschwerden leiden Sie:  
Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 an.  
Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

Beschwerden	Seit	Intensität Skala:1-10

3. Was lindert bzw. verstärkt Ihre Beschwerden?

---



---



---

4. Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen? (Medikamente..)

---



---



---

5. Wie viele Ärzte, Kliniken, oder Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

---



---



---

6. Wie war der Erfolg? (bitte ankreuzen)  
sehr gut  gut  mäßig  schlecht  sehr schlecht

7. Gab es ein Ereignis unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?  
eine Erkrankung  Operation(en)  Kummer  Trauer  Schock  andere

8. Welche Medikamente Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

## B: Krankengeschichte

1. Unter Welchen Erkrankungen leiden Sie schon länger = Chronisch?

Seit (Jahr, chronologisch)	Bisherige Erkrankungen, Operationen

2. Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- |                                |                              |                                    |  |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|
| Masern <input type="radio"/>   | Mumps <input type="radio"/>  | Tuberkulose <input type="radio"/>  | Tropenkrankheiten <input type="radio"/>    |
| Malaria <input type="radio"/>  | Röteln <input type="radio"/> | Keuchhusten <input type="radio"/>  | Gonorrhoe (Tripper) <input type="radio"/>  |
| Syphilis <input type="radio"/> | Ruhr <input type="radio"/>   | Salmonellose <input type="radio"/> | Kinderlähmung <input type="radio"/>        |
| Keine <input type="radio"/>    |                              |                                    | Pfeiff. Drüsenfieber <input type="radio"/> |

3. Wurden Sie schon mit Antibiotika behandelt? Wenn ja, wie oft und wann?

- Nie  1-2x  3-5x  öfter  Wann zuletzt \_\_\_\_\_

4. Haben Sie Narben von Operationen? Wenn ja, wo?

---



---

5. Leiden Sie unter häufigen Infekten?

- Ja  Nein

6. Welche Krankheiten traten in Ihrer Familie auf? (Eltern, Geschwister, Großeltern)

- |                                 |                                |  |   |
|---------------------------------|--------------------------------|--|---|
| Rheuma <input type="radio"/>    | Krebs <input type="radio"/>    | Geisteskrankheiten <input type="radio"/> | Geschlechtskrank. <input type="radio"/> |
| Allergien <input type="radio"/> | Diabetes <input type="radio"/> | Gefäßerkrankungen <input type="radio"/>  | Tuberkulose <input type="radio"/>       |
| Epilepsie <input type="radio"/> | Asthma <input type="radio"/>   | Schuppenflechte <input type="radio"/>    | Bluthochdruck <input type="radio"/>     |
| Andere _____                    | Gicht <input type="radio"/>    | Multiple Sklerose <input type="radio"/>  | Neurodermitis <input type="radio"/>     |

7. Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- |                                   |                              |                               |                                  |                                 |                           |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Tuberkulose <input type="radio"/> | Masern <input type="radio"/> | Mumps <input type="radio"/>   | Diphtherie <input type="radio"/> | Grippe <input type="radio"/>    | HPV <input type="radio"/> |
| Gelbfieber <input type="radio"/>  | Polio <input type="radio"/>  | Cholera <input type="radio"/> | Tetanus <input type="radio"/>    | Hepatitis <input type="radio"/> | HiB <input type="radio"/> |
| Keuchhusten <input type="radio"/> | Pocken <input type="radio"/> | Röteln <input type="radio"/>  | andere _____                     |                                 |                           |

8. Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Krämpfe  Fieber  Unruhe  Schlaflosigkeit  Verhaltensveränderungen

9. Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen? \_\_\_\_\_

### C: Emotionales

1. Haben Sie Existenzängste? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_
2. Liegen Beziehungskonflikte vor? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_
3. Empfinden Sie Ihren Beruf als Belastung? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_
4. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_
5. Können Sie NEIN sagen? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_
6. Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_
7. Welche Hobbys haben Sie? \_\_\_\_\_
8. Wie belastbar/ leistungsfähig fühlen Sie sich?\_(in%) \_\_\_\_\_
9. Haben Sie oft kalte Hände oder Füße, wenn ja wann? \_\_\_\_\_
10. Frieren oder schwitzen Sie schnell? Ja \_\_\_ Nein\_\_\_  
 An welchem Körperteil                      kalter Schweiß                      warmer Schweiß  
 \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_
11. Wie ist Ihr Alltag strukturiert?  
 \_\_\_\_\_

### D: Ernährung

1. Was essen Sie normalerweise zum:

Frühstück	Vesper	Mittagessen	Nachmittag	Abend	Nacht
Art der Getränke in ml	Getränke in ml	Getränke in ml	Getränke in ml	Getränke in ml	Getränke in ml

2. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke: \_\_\_\_\_
3. Haben Sie oft Lust auf Süßes (Heißhunger)? Wie oft essen Sie Süßes:  
 \_\_\_\_\_
4. Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?  
 \_\_\_\_\_
5. Haben Sie Nahrungsmittel-Allergien oder Unverträglichkeiten?  
 \_\_\_\_\_
6. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_
7. Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?  
 \_\_\_\_\_
8. Wurden Sie gestillt? Wenn ja, wie lange?  
 \_\_\_\_\_
9. War Ihre Geburt eine natürliche? \_\_\_\_\_

## E: Schlafgewohnheiten

- Durchschnittliche Schlafzeit \_\_\_\_\_  
Normale Zubettgehzeit: vor 22 Uhr  vor 24 Uhr  nach 24 Uhr   
Wie ist Ihr Schlaf? \_\_\_\_\_ häufiges Erwachen, Uhrzeit \_\_\_\_\_  
Nächtliches Wasserlassen, wie oft \_\_\_\_\_  
Schlaflosigkeit  Unruhe in den Beinen, Kribbeln  Sprechen im Schlaf   
Durchschlafprobleme  Einschlafprobleme  Nachtschweiß  Schnarchen   
Zähneknirschen  Lebhaftige Träume  Keine Traumerinnerung
- Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?  
Schnurlose Telefone  WLAN  Elektrische Geräte im Standby
- Ist Ihre Umgebung auf Elektrosmog Belastungen untersucht worden? \_\_\_\_\_
- Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?  
Teppichboden  Schimmelpilzbelastung  Antiquitäten/Holzschutzmittel

## F: Körper/Organbereiche

### 1. Kopf

Mandeln häufig entzündet: als Kind  heute  Nie   
Schilddrüse: Überfunktion  Unterfunktion  Hashimoto   
Vergrößerung  OP  Morbus Basedow

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig  selten  nie  halbseitig: links  rechts  beidseitig   
wandernd: re-li  li-re  Stirn-Augen-Schläfenregion  Hinterkopfgregion

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

was verbessert \_\_\_\_\_ was verschlechtert: \_\_\_\_\_

### Haare

Haarausfall: vereinzelt  kreisrund  seit: \_\_\_\_\_

### Augen

Bindehautentzündungen  grüner Star  grauer Star   
kurzsichtig  weitsichtig  Brille seit: \_\_\_\_\_ sonstiges \_\_\_\_\_

### Ohren

Schmerzen links  Schmerzen rechts  Häufige Mittelohrentzündungen   
Ohrendruck  Schwerhörig  Ohrgeräusche

### Nase

OP's  Heuschnupfen  behinderte Nasenatmung  Nase verstopft   
häufige Nasennebenhöhlenentzündungen   
Absonderungen: wässrig  schleimig  eitrig  grünlich

## Zähne | Kiefer

Zahn-OP's  wurzelbehandelte Zähne  Tote Zähne   
empfindlich: heiß  kalt

noch vorhandene Zahnfüllmaterialien: Kunststoff  Keramik  Gold  Amalgam

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

ja, mit Ausleitung  ja, ohne Ausleitung

## 2. Brust | Bauch | Rücken

Brustdrüse Beschwerden \_\_\_\_\_ OP's

Herz Beschwerden Stechen  Druckgefühl  Bluthochdruck   
Infarkt  Beklemmung   
Herzrhythmusstörungen

Lunge Bronchitis  Häufig Husten  Atemnot

Leber Entzündungen  Hepatitis

Galle Steine  Koliken  Druck im Oberbauch   
Fettunverträglichkeit  Operationen

Magen Völlegefühl  Appetitlosigkeit  Häufige Übelkeit   
Sodbrennen  Gastritis  Nahrungsmittelallergie   
Sonstige Beschwerden \_\_\_\_\_

Rücken Schmerzen  wie sind die Schmerzen \_\_\_\_\_  
Skoliose  Ischias  Hexenschuss

Niere | Blase Nierensteine  Entzündungen  Häufigkeit \_\_\_\_\_

Harn wenig  viel  häufig  kann nicht halten

Darm Blähungen  Infektionen   
Hämorrhoiden  Blinddarm-OP

Stuhlgang täglich  jeden zweiten Tag  unregelmäßig   
eher Verstopfung  eher Durchfall

Konsistenz des Stuhls hell  schmierig  weich knollig   
dunkel  übelriechend  Pastenartig   
viel Toilettenpapier nötig   
Gefühl, nicht fertig zu werden

## 3. Arme | Beine | Rücken | Haut

Arme Kribbeln  kalte Hände  Schmerzen  Verletzungen

Beine Kribbeln  Schmerzen  kalte Füße  Wassereinlagerungen   
Operation  Verletzungen  Taubheitsgefühl  Krampfadern

Rücken Rheuma  Beweglichkeit  Bandscheibenvorfall  Belastungen   
Schmerzen  Skoliose  Verspannungen

Haut  
Narben  Pilze  Geschwüre  Verbrennungen   
Warzen  Flecken  Hautjucken  Ausschläge  Muttermale

Was für Hauttyp sind Sie \_\_\_\_\_

Nägel

Eingewachsene Nägel  Nagelverformung  Nagelverfärbungen   
Nagelbettentzündungen

## G: Gynäkologischer / Urologischer Bereich

### 1. Gynäkologisch

**Ausfluss** stark  weißlich  gelb  wundmachend   
keinen  färbt Wäsche   
Schmerzen  Zysten  Myome  Tumore   
Geburten Anzahl  Abtreibungen  Ausschabungen   
Geschlechtskrankheiten  Eierstockentzündungen

### 2. Menses

**Blutungen sind:** hell  dunkel  verstärkt  braun  klumpig   
Regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft (Skala 1-10) \_\_\_\_\_  
erste Regel: \_\_\_\_\_ letzte Regel \_\_\_\_\_  
Zwischenblutungen (Länge, Stärke, Häufigkeit) \_\_\_\_\_

### 3. Prostata

Vergrößert  Beschwerden beim Wasserlassen  Entzündungen   
Schmerzen  Geschlechtskrankheiten

### 4. Libido

Wie ist Ihre sexuelle Energie/ Sexualtrieb? \_\_\_\_\_

## H: Auffälligkeiten in der letzten Zeit

Vermehrter Durst  Gewichtsveränderung  Temperatur  Appetit   
Infektanfälligkeiten  Starke Erschöpfungszustände  Nachts Schwitzen   
Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte vorhandene Laborbefunde in die erste Sprechstunde mitbringen!!

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung ausschließlich für praxisinterne Zwecke gespeichert und bearbeitet werden.

Datum, Unterschrift  
\_\_\_\_\_