



KATRIN KAMINSKI

Naturheilpraxis Katrin Kaminski

Hagedornstraße 47

20149 Hamburg

0172-6454595

kontakt@naturheilpraxis-kaminski.de

Anamnesebogen Erwachsene

Nachname

Geburtstag

Vorname

Tel. privat

Straße

Tel. mobil

PLZ, Ort

E-Mail

Beruf

Familienstand/ Anzahl Kinder

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich versichert Beihilfe Privat (Zusatz-)versichert

PERSÖNLICHE ANGABEN

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, die Antworten zu unterstreichen/markieren, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

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

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

ALLGEMEINES

Meine
Körpergröße

Mein aktuelles
Gewicht

Meine
Blutgruppe

Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol? Falls JA, was & wie oft?

Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag? Was trinken Sie?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Bewegen Sie sich regelmäßig? Falls Ja, welche Art von Bewegung und wie oft pro Woche?

Haben Sie einen stressigen Alltag? Falls Ja, was stresst Sie im Alltag am meisten?

Wie viele Infekte hatten Sie ca. in den letzten 5 Jahre pro Jahr?

Wie oft haben Sie in den letzten 5 Jahren Antibiotikum eingenommen? Kennen Sie den Namen des Antibiotikums?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und/ oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Falls Ja, welche und wie ist die Dosierung? Bitte Beipackzettel oder Medikament zum Ersttermin mitbringen.

ALLERGIEN, IMPFUNGEN, INFEKTIONSKRANKHEITEN

Gibt es Allergien? Falls Ja, gegen:

Wie äußert sich die Allergie?

Seit wann?

Ergänzungen:

Welche Auffrischungsimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. COVID-19, Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis ,
Cholera, Gelbfieber, Pocken, Influenza/ Grippe, FSME/ Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Covid-19, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinder-
Lähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper),
Syphilis, Chlamydien, Tropenkrankheiten, Tuberkulose usw.

KOPF

Leiden Sie unter
Kopfschmerzen?

häufig | selten | regelmäßig - morgens | abends
Stirn | Augen | Schläfen | Hinterhauptregion
halbseitig | links | rechts | doppelseitig | wandernd
stechend | bohrend | drückend | pulsierend
Seit wann?
Ergänzungen:

Haare

Kreisrunder Haarausfall | Diffuser Haarausfall
Seit wann?
Ergänzungen:

Augen

links | rechts | einseitig | beidseitig
Kurzsichtig | Weitsichtig | Hornhautverkrümmung/en |
morgendliche Lipödeme
Nachtblindheit | Farbfehlsichtigkeit | Schielen
Grauer Star | Makula Degeneration | Veränderungen des Auges, z.B. durch
Diabetes | Bindehautentzündung/ en
Seit wann?
Ergänzungen:

Ohren

links | rechts | einseitig | beidseitig
Tinnitus | Hörsturz | Schwerhörigkeit | Paukenerguss | Mittelohr -
entzündung(en) | Otosklerose | Morbus Menière
Seit wann?
Ergänzungen:

Gleichgewicht	Schwindel ja/ nein regelmäßig unregelmäßig häufig selten morgens nachmittags abends kurz in Schüben lang Drehschwindel Schwankschwindel Liftschwindel Lagerungsschwindel Übelkeit Erbrechen Sehstörungen Ohrgeräusche Seit wann? Ergänzungen:
Nase	OP Nasennebenhöhlenentzündungen behinderte Nasenatmung Nase verstopft Nase läuft beim Essen Seit wann? Ergänzungen:
Mandeln	OP häufig Mandelentzündungen als Kind / heute Ergänzungen:
Schilddrüse	Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung/ Struma OP Hashimoto Morbus Basedow Seit wann? Ergänzungen:
Zähne/ Kiefer	Beschwerden Wurzelentzündung(en)/-entfernung(en) OP Zahnfleischbluten Zähneknirschen Zahnfüllmaterial: Amalgam Kunststoff Gold Keramik Retainer Implantat(e) Ergänzungen:

THORAX & ABDOMEN

Herz	Diffuse Beschwerden Stechen Druckgefühl Beklemmung Bluthochdruck (Re.-/ Li.-Global-) Insuffizienz Rhythmusstörungen Infarkt OP Herzschrittmacher Seit wann? Ergänzungen:
Lunge	Husten: häufig regelmäßig selten räuspernder Husten: anfallsartig langanhaltend produktiv/ schleimiger Husten nächtliches Husten (in der Zeit von ___ Uhr bis ___ Uhr) Reizhusten OP Seit wann? Ergänzungen:
Magen	Völlegefühl Reflux/ Sodbrennen Schmerzen vor/ nach dem Essen Nachtschmerz Gastritis Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien regelmäßig häufig selten krampfartig anfallsweise brennend dauerhaft diffus Seit wann? Ergänzungen:
Darm	Blähungen Verstopfungen Durchfall Völlegefühl Bauchschmerzen OP Infektionen Hämorrhoiden – Colitis Ulcerosa – Morbus Crohn regelmäßig häufig selten vor dem Essen nach dem Essen morgens mittags abends nachts krampfartig anfallsweise brennend dauerhaft diffus Seit wann? Ergänzungen:
Stuhlgang	täglich jeden 2.3.4. Tag unregelmäßig riecht nach: Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall Konsistenz: schnittfest hart knollig weich schmierig pastenartig Stuhlfarbe: mittelbraun gelb grün rot/ dunkelrot schwarz gräulich kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden Stuhlgang wechselhaft Seit wann? Ergänzungen:
Leber Galle	Fettleber Leberentzündungen Gallensteine OP Fettunverträglichkeit Druck im Oberbauch Galle: Steine Koliken OP Seit wann? Ergänzungen:

BEWEGUNGSAPPARAT & HAUT

Arme/ Schulter	Verletzungen Schmerzen Kribbeln kalte Hände OP Taubheitsgefühl Impingement Syndrom Frozen Shoulder Seit wann? Ergänzungen:
Beine	Verletzungen Schmerzen Kribbeln kalte Füße Krampfadern OP Taubheitsgefühl Ödeme am Fuß: eindrückbar wandernd über den Tag Hallux vagus Fersensporn Seit wann? Ergänzungen:
Rücken	Verletzungen Schmerzen Kribbeln Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma Gangunsicherheit Ausstrahlung der Beschwerden in die Beine Seit wann? Ergänzungen:
Haut / Nägel	Verletzungen Narben Verbrennungen Geschwüre OP Juckreiz Hautverfärbungen Verformung der Nägel Verfärbung der Nägel eingewachsene Nägel Warzen Nagel-/ Hautpilze Fingernägelkaulen Seit wann? Ergänzungen:
Narben	Unfall OP Verbrennungen Neigung zu Verwachsungen Seit wann? Ergänzungen:

MÄNNER

Prostata	Hyperplasie/ Vergrößerung OP Erektionsprobleme Seit wann? Ergänzungen:
----------	--

FRAUEN

- Gynäkologie Schmerzen bei Geschlechtsverkehr | Ausfluss
Verhütungsmethode :
Zysten | Myome | Entzündungen der Eierstöcke | Tumore | Juckreiz |
häufige Vaginalpilzinfektion | Endometriose | Fehlgeburten/en
PMS | PCO | Kinderwunsch | Wechseljahrsbeschwerden
Seit wann?
Ergänzungen:
- Menstruation Wann war Ihre erste Menstruation?
Wann war Ihre letzte Menstruation?
Zyklus regelmäßig | unregelmäßig | verkürzt | verlängert | Zwischenblutungen
Zykluslänge: Tage/ Dauer der Periode: Tage
Beschwerden | vor | während | nach der Regel
Klimakterische Beschwerden:
Ergänzungen:

UROLOGIE

- Niere / Blase Blasenentzündungen | Schmerzen beim Wasserlassen | Gefühl, Blase nicht
vollständig zu entleeren | Nierensteine
Seit wann?
Ergänzungen:
- Harn viel | wenig | häufig | kann nicht/ schwer halten | Geruchnach:
Seit wann?
Ergänzungen:
- Sexualität vermindert | verstärkt | unbefriedigt | Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
Seit wann?
Ergänzungen:

SCHLAF & MÜDIGKEIT

- Schlaf Schlaflosigkeit | häufiges Erwachen (Uhrzeit) | Einschlafstörungen |
Durchschlafstörungen | Sprechen im Schlaf | Unruhe in den Beinen |
Nachtschweiß
heiße Füße | Zähneknirschen | Schnarchen | Schlafapnoe | Wälzen | müde nach
nach dem Essen
- Schlafzeit übliches zu Bett gehen: übliches Aufstehen:
Schlafqualität ausgeschlafen & erholt | müde & lustlos | Kopfschmerzen | traurig
Intensive Träume | nächtliches Traumerwachen | wiederkehrende Träume
Ergänzungen:

SCHMERZEN

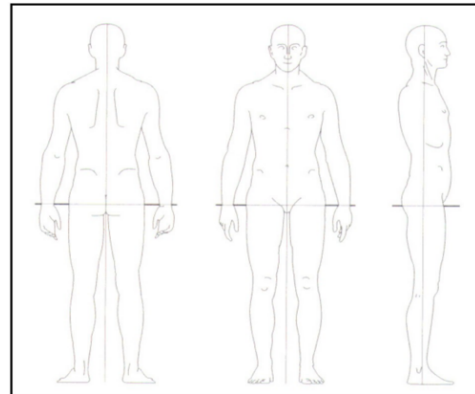
Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen.

Kreuz | punktförmiger Schmerz
Linie | unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil | ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schwach mittel sehr stark



Seit wann 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, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress
Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel
Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe,
Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,
Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel,
Bewegungseinschränkung
Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

**IST IHNEN NOCH ETWAS WICHTIG, WAS ICH NOCH NICHT
GEFRAGT HABEN?**

CHRONOLOGIE

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Bitte nutzen Sie dafür ggf. eine Extraseite.

Ort, Datum | Unterschrift

Ernährungstagebuch über 2 Tage

Bitte schreiben sie *alle* Nahrungsmittel und Getränke auf

1. Tag Datum:

Frühstück
(inklusive Getränke)

Zwischenmahlzeit / Getränke

Mittagessen
(inklusive Getränke)

Zwischenmahlzeit / Getränke

Abendessen
(inklusive Getränke)

Nach dem Abendessen
(inklusive Süßes, Alkohol etc.)

2. Tag Datum:

Frühstück
(inklusive Getränke)

Zwischenmahlzeit / Getränke

Mittagessen
(inklusive Getränke)

Zwischenmahlzeit / Getränke

Abendessen
(inklusive Getränke)

Nach dem Abendessen
(inklusive Süßes, Alkohol etc.)