



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 Fingernägelkauen 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 | Fehlgeburt/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

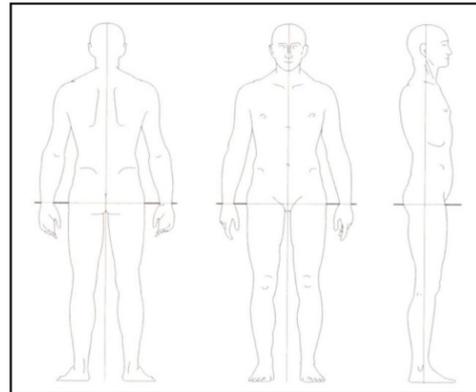
Wo treten Schmerzen auf?

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.)