



Praxis für  
Ganzheitliche Alternativmedizin  
Sabine Schade – Heilpraktikerin

# Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus  
und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.  
Bei den meisten Fragen genügt es, anzukreuzen, sofern es zutrifft  
und/oder beantworten Sie die Fragen mit Ihren eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich dazu genügend Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Tel	Mobil	Email
Geburtsort	Geburtsort	
Körpergröße/Gewicht	Beruf	



## BESCHWERDEN

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?**

**Geben Sie den Zeitraum und die Intensität auf einer Skala von 0 – 10 an.**

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Intensität: \_\_\_\_\_

**Welche Behandlung haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits bekommen?**

---

**Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?**

---

**Wie war der Erfolg?**

- sehr gut     gut     mäßig     schlecht     sehr schlecht

---

**Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

- eine andere Erkrankung     Kummer     Trauer     Schreck     Operation     Hautausschläge  
 anderes:

---

**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?**

---

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**





## SCHLAF

### Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- Einschlafschwierigkeiten
- Durchschlafschwierigkeiten
- häufiges Erwachen, um wie viel Uhr: \_\_\_\_\_
- häufiges Wasserlassen, wie oft: \_\_\_\_\_
- Wachen Sie morgens erfrischt auf?  ja  nein
- Sprechen im Schlaf
- Unruhe in den Beinen
- Zähneknirschen
- Schnarchen
- Nachtschweiß
- Können Sie sich an Ihre Träume erinnern?  ja  nein

### Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Schnurlose Telefone
- Wi-fi im Haus
- elektrische Geräte im Standby-Modus
- Radio-/Funkuhrwecker
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor
- Magnetmatte
- Wärmematte
- sonstiges:

## WOHNUNG/ARBEITSPLATZ

### Wie ist Ihre Wohnung/Ihr Arbeitsplatz beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitungen/Bahnstrom in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten/Holzschutzmittel
- Mikrowelle
- Wi-fi
- Handynutzung
- moderne Sparbirnen (eventuell schon eine zerbrochen?)
- sonstiges:

### Praxis für Ganzheitliche Alternativmedizin

Sabine Schade – Heilpraktikerin

Basler Straße 3  
79395 Neuenburg am Rhein

Tel./Fax 07631 – 1833730  
Mobil 01 77 – 5601019

www.ganzheitliche-alternativmedizin.de  
sabine.schade@ganzheitliche-alternativmedizin.de

## KOPF

### Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig  selten  nie
- Stirn-Augen-Schläfen
- Hinterhaupt
- morgens
- abends
- halbseitig
- links  rechts
- doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was verbessert:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was verschlechtert:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Haare

- Haarausfall
- vereinzelt
- kreisrund
- seit wann \_\_\_\_\_

### Augen

- Bindehautentzündungen
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille seit: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Ohren

- Schmerzen
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörigkeit
- Ohrgeräusche
- Ohrendruck
- Ohrjucken

### Zähne/Kiefer

- häufige Zahnarztbesuche
- wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne

Empfindlichkeit auf  
 heiß  kalt

Wurden bei Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?  
 nein  ja Wann? \_\_\_\_\_

Wurde danach eine Entgiftung durchgeführt?  
 ja  nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
- Gold
- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

### Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Allergie auf: \_\_\_\_\_

- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft

Nasenschleimhäute

- eher trocken  eher feucht

- häufig Nasennebenhöhlen-entzündungen

### Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündung
- als Kind  heute

### Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Knoten
- Operation



## BRUST – BAUCH - RÜCKEN

### Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung/Herzangst
- Rhythmusstörungen

### Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach: \_\_\_\_\_

### Lunge

- Bronchitis
- häufiges Husten
- häufiges Räuspern
- Atemnot
- Raucher

### Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Geruch nach: \_\_\_\_\_

### Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergie auf \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Stuhlgang

- täglich
- täglich mehrfach
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- Neigung zu Verstopfung
- Neigung zu Durchfall
- wechselnd

### Leber

- Entzündung
- Hepatitis

### Konsistenz des Stuhls:

- hart
- knollig
- weich/geformte Wurst
- breiig
- flüssig
- wechselnd
- hell
- dunkel
- viel Toilettenpapier
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht richtig entleert zu sein

### Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

### Niere

- Nierensteine
- Blasenentzündung
  - häufig
  - selten

### Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Bandscheibenvorfall
  - Operation
- Ischias
- Nackenverspannungen
- Skoliose

## ARME – BEINE – RÜCKEN - HAUT

### Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände
- Taubheitsgefühl

### Haut

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Furunkel
- Warzen
- Pilz
- Jucken

### Beine

- Verletzungen
- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Kribbeln
- kalte Füße
- Taubheitsgefühl

### Nägel

- Nagelbettentzündung
- Pilz
- eingewachsene Nägel
- Verformungen
- Längsrillen
- Querrillen
- Verfärbungen

## GYNÄKOLOGISCHER / UROLOGISCHER BEREICH

### Gynäkologisch

- Ausfluss
  - keinen
  - stark
  - weiß
  - gelb
  - wundmachend
  - färbt die Wäsche
- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Geburten, Anzahl: \_\_\_\_\_
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Abtreibungen, Anzahl: \_\_\_\_\_
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheit

### Menses

Wann war die erste Regelblutung?  
\_\_\_\_\_

Wann war die letzte Regelblutung?  
\_\_\_\_\_

- Blutungen sind
  - hell
  - dunkel
  - klumpig
  - braun
  - schmierig
  - regelmäßig
  - unregelmäßig

### Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

### Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- lustlos
- unbefriedigend
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr



## EMOTIONALES

- Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?  ja  nein  
Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  nein  
Stört Sie ein geschlossener Kragen?  ja  nein  
Stört Sie ein enger Gürtel?  ja  nein  
Mögen Sie enge Räume/Fahrstühle?  ja  nein

- Schwitzen Sie leicht?  ja  nein  
Schwitzen Sie nachts?  ja  nein  
Kalter Schweiß?  ja  nein  
Warmer Schweiß?  ja  nein  
An welchem Körperteil?  
\_\_\_\_\_

- Frieren Sie schnell?  ja  nein  
An den Händen?  ja  nein  
An den Füßen?  ja  nein

### Wie belastbar fühlen Sie sich?

- sehr belastbar  
 mäßig belastbar  
 gar nicht belastbar  
Mangelnde Konzentration? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sind Sie müde und erschöpft? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Sind Sie verstärkt reizbar? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ängste/Schuldgefühle/Konflikte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern?

- sehr gut  gut  mäßig  schlecht

- Haben Sie einen Partner/eine Partnerin?  ja  nein

Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

- sehr gut  gut  mäßig  schlecht

- Sind Sie glücklich?  ja  nein

- Haben Sie beruflich Kontakt mit Toxinen?  ja  nein

Welche Stoffe? \_\_\_\_\_

- War Ihre Geburt  natürlich  Kaiserschnitt?  
Wurden Sie gestillt?  ja  nein

- Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?  ja  nein

## ERNÄHRUNG

Wie viel trinken Sie täglich?  
\_\_\_\_\_

Was trinken Sie?  
\_\_\_\_\_

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte    | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen      |
| <input type="checkbox"/> Eier             | <input type="checkbox"/> Zucker      |
| <input type="checkbox"/> Nüsse            | <input type="checkbox"/> Vollwert    |
| <input type="checkbox"/> Pilze            | <input type="checkbox"/> Junkfood    |

Frühstück: \_\_\_\_\_

Mittag: \_\_\_\_\_

Abend: \_\_\_\_\_

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?  
\_\_\_\_\_

### Verlangen nach

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

### Abneigung gegen

- süß  
 sauer  
 pikant  
 bitter  
 salzig  
 scharf  
 Fleisch  
 Eier  
 Fett  
 Alkohol

Nahrungsmittelallergie auf:  
\_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja  nein  
welche? \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymer Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden darf.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift