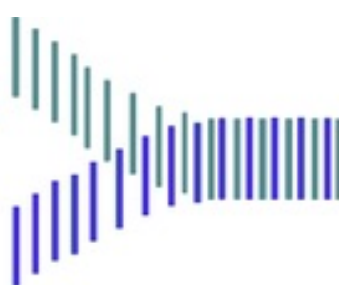


PRAKOMED

Naturheilpraxis



Praxis für komplementäre Medizin

Anamnesefragebogen

Nachfolgend möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen.
Wir bitten Sie die zutreffenden Beispiele anzukreuzen oder zu unterstreichen, oder die Fragen mit Ihren eigenen Worten zu beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtstag: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Telefon/Mobil (privat): _____

E-mail-Adresse: _____

Telefon/Mobil: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Beruf: _____

Körpergröße/ Gewicht: _____

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Alle Ihre Angaben sind freiwillig, können aber beim Verständnis verschiedener Zusammenhänge hilfreich sein.

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:
<hr/>	
2.	seit:
<hr/>	
3.	seit:
<hr/>	
4.	seit:
<hr/>	
5.	seit:
<hr/>	
6.	seit:
<hr/>	
7.	seit:
<hr/>	
8.	seit:
<hr/>	

Welche Behandlungen haben Sie gegen die 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 ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen

Hautausschläge andere:

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

Masern	Mumps	Röteln	Syphilis
Windpocken	Scharlach	Tetanus	Tuberkulose
Malaria	Salmonellose	Ruhr	
Gonorrhoe (Tripper)	Keuchhusten	Kinderlähmung	
Tropenkrankheiten:			Pfeiffersches Drüsenfieber

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt? Wie haben Sie es vertragen?

Haben Sie Narben von Operationen?

ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Krebs	Tuberkulose	Demenz/Alzheimer etc.	Epilepsie
Herzkrankheiten	Schlaganfall	Asthma	Zuckerkrankheit
Gefäßkrankungen	Rheumatismus	Steinkrankheiten	Allergien
Multiple Sklerose	Schuppenflechte	Gicht	Neurodermitis
Depressionen	Suizid	Migräne	Geschlechtskrankh.
Andere Krankheiten:			

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose (BCG)	Röteln	Polio (Kinderlähmung)	
Diphtherie	Gelbfieber	Tetanus	Hepatitis
HIB	Pocken	Keuchhusten	Grippe
Masern	Mumps	Cholera	

andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Verhaltensveränderungen
 Schlaflosigkeit Unruhe andere:

Emotionales

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?	ja	nein
Sind Sie berührungsempfindlich?	ja	nein
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?	ja	nein
Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?	ja	nein
Halten Sie enge Räume aus?	ja	nein
(z.B. Fahrstühle etc.)		
Leiden Sie unter mangelnder	ja	nein
Konzentration?		
Sind Sie müde und erschöpft?	ja	nein
Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?	ja	nein
Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle-	ja	nein
Konflikte?		
Treiben Sie regelmäßig Sport?	ja	nein
Schwitzen Sie leicht?	ja	nein
Schwitzen Sie nachts?	ja	nein
An welchem Körperteil: _____		
kalter Schweiß		warmer Schweiß
Frieren Sie schnell?	ja	nein
	Kalte Hände	Kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Ernährung

Wie viele Liter trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte	Süßigkeiten	Weißmehlprodukte	Kuchen
Eier	Zucker	Nüsse	Zuckerersatzstoffe

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

Süß	Sauer	Pikant	Bitter
Salzig	Scharf	Fleisch	Eier
Obst	Nikotin	Alkohol	

Abneigungen
gegen:

Süß	Sauer	Pikant	Bitter
Salzig	Scharf	Fleisch	Eier
Fett	Alkohol		

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Ja/Nein, wenn ja, welche:

Wurden Sie gestillt? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja nein

Schlaf

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit	Sprechen im Schlaf	Zähneknirschen
Unruhe in den Beinen	heiße Füße	Schwierigkeiten beim Einschlafen
Nachtschweiß	Lebhafte Träume	Schlafenszeit _____ - _____

häufiges Erwachen,
um wie viel Uhr:

häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Häufig	selten	nie
--------	--------	-----

wenn ja, wo und wann:

Stirn-Augen-Schläfenregion	Hinterhauptregion	
halbseitig links	halbseitig rechts	doppelseitig
wandernd von links nach rechts	wandernd von rechts nach links	

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert: _

Was verschlechtert:

Haare:

Haarausfall kreisrunder vereinzelter	seit wann:
--------------------------------------	------------

Augen:

Bindehautentzündung	kurzsichtig	weitsichtig
sonstige Beschwerden	Brille seit:	

Ohren:

Schmerzen links	Schmerzen rechts	beidseitig	schwerhörig
Ohrengeräusche	Ohrendruck	Mittelohrentzündungen	

Zähne/Kiefer:

häufige Zahnarztbesuche	Beschwerden bei der Zahnung	Tote Zähne
-------------------------	-----------------------------	------------

Wurzelbehandelte Zähne	Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
------------------------	---

Empfindliche Zähne auf:	heiß	Kalt
-------------------------	------	------

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	Wenn ja welches Material:
---	---------------------------

Brust - Bauch - Rücken			ohne Befund	
Brustdrüse		Beschwerden	Operation	
Herz		Beschwerden	Stechen	Druckgefühl
		Infarkt	Beklemmung	Rhythmusstörungen
Lunge		Bronchitis	häufig Husten	Atemnot
Leber		Entzündungen	Hepatitis	
Galle		Steine	Koliken	Operation
		Druck im Oberbauch	Fettunverträglichkeit	
Magen		Völlegefühl	Gastritis	
		Appetitlosigkeit	Nahrungsmittelallergien	
Rücken		Schmerzen	Hexenschuss	
		Ischias	Skoliose	
Niere/Blase		Nierensteine	Entzündungen	Häufig
Harn		viel	wenig	Häufig
		kann nicht halten	Geruch nach:	
Darm		Infektionen	Hämorrhoiden	
		Blinddarmoperation	Blähungen; Geruch nach:	
Stuhlgang		täglich	jeden 2. Tag	
		unregelmäßig	riecht nach:	
		häufig Verstopfung	Neigung zum Durchfall	
Konsistenz des Stuhls:		hell	dunkel	übelriechend
		hart	knollig	Weich
		schmierig	pastenartig	
		kann Stuhl nicht halten	Gefühl, nicht fertig zu werden	

Arme - Beine - Haut			ohne Befund	
Arme		Verletzungen	Schmerzen	Kribbeln
		Kalte Hände	Tennisellenbogen	
Beine		Schmerzen	Krampfadern	Operationen
		Verletzungen	Kalte Füße	Kribbeln
		Taubheitsgefühl		
		Belastungen		
Haut/Nägel		Verbrennungen	Narben	Geschwüre

		Hautjucken	Warzen	Pilze
		eingewachsene Nägel	Nagelbettentzünd.	Allergien auf:

Gynäkologischer /Urologischer Bereich

ohne Befund

Gynäkologisch

Ausfluss: keinen	stark	weiß	gelb	
------------------	-------	------	------	--

Schmerzen Eierstockentz. Ausschabungen Fehlgeburten Geburten/wieviele:
 Abtreibungen Tumore Zysten Myome Geschlechtskrankh.

Menses

Wann war die erste
Menses:

Blutungen sind: hell dunkel klumpig braun unregelmäßig regelmäßig

Prostata

vergrößert Entzündungen
 Beschwerden beim Wasserlassen Geschlechtskrankheiten

Schmerzen

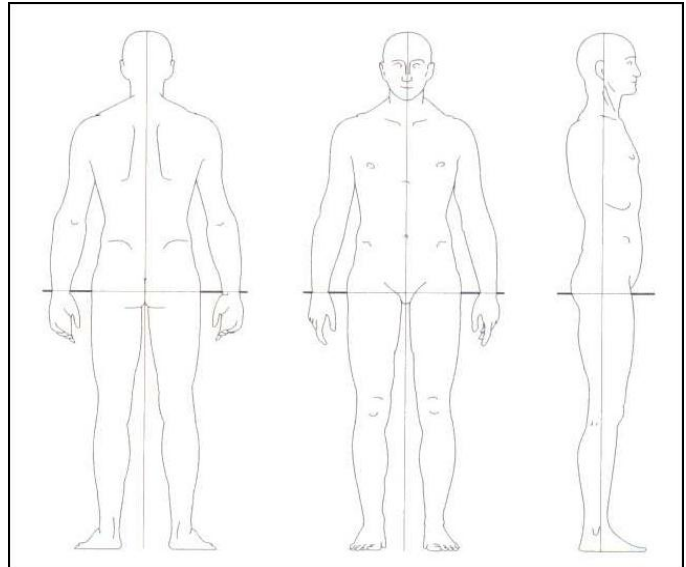
Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen!

Kreuz = Punktförmiger Schmerz

Unklare
Linie = Schmerzlokalisierung

Pfeil = Ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10:

1=

schwach

5= mittel

10= sehr stark

meine Schmerzskala liegt bei: _____

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, krabbelnd, reißend, Kolik-artig, 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, Sport, Kälte, Wärme, Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Schmerzbehandlung bisher, wie ? _____

Was wir noch sagen müssen

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte, gezielte Therapie-Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet, Sie über die Gefahren von alternativen Behandlungsmethoden aufzuklären, auch wenn diese sehr selten sind.

Ich werde / wurde über das eventuelle Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten werde ich im persönlichen Gespräch klären.

Gegebenenfalls erhobene Einwände werden schriftlich festgehalten.

Raum für Anmerkungen

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie, u.a.) abgelehnt, oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind behandelt werden darf.

Name (in Druckbuchstaben): _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu oben gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten werden schriftlich/computertechnisch erfasst und abgelegt

Berlin, _____ Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen

Heilpraktikers:

Dr. Michael Kretschmann, Schützenstr. 14, 12165 Berlin

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Dr. Michael Kretschmann, Schützenstr. 14, 12165 Berlin