



TANJA HERGERSBERG

PRAXIS FÜR PRÄVENTIVMEDIZIN

Tanja Hergersberg
Heilpraktikerin
Großweidenmühlstr. 28j
90419 Nürnberg

Tel 0911/93996161
Fax 0911/92388015

eMail: hp-hergersberg@web.de
www.heilpraktikerin-hergersberg.de

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit oder lassen mir diesen vorab zukommen. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	email
Geburtsstag	Geburtsort	Körpergröße / Gewicht
Versicherung / Tarif	Beruf	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:
2.	seit:
3.	seit:
4.	seit:
5.	seit:
6.	seit:
7.	seit:
8.	seit:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wieviele 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 zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

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

Sind enge Räume für Sie unangenehm? ja nein

Mangelnde Konzentration? ja nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

Reizbarkeit verstärkt? ja nein

Ängste-Schuldgefühle-Konflikte? ja nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Wie oft?

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

Wie ist ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut gut mäßig schlecht

Haben Sie einen Partner(in)? ja nein

Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner(in)?

sehr gut gut mäßig schlecht

Wie glücklich sind Sie auf einer Skala von 1 bis 10

1 = gar nicht 10 = sehr

Ernährung

Wieviel Liter 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 | |

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

War ihre Geburt eine natürliche? ja nein

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

Wohnung

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz auf Geopatische und Elektromok-Belastungen untersucht worden?

- ja nein

Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

Schlaflage

- Bauch
- Rücken
- links
- rechts
- sitzend
- kniend
- zusammengerollt

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- Stirn-Augen-Schläfenregion
- Hinterhauptregion
- morgens
- abends
- halbseitig
- links 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
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- Häufige Zahnarztbesuche
- Beschwerden bei der Zahnung
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf
- heiß kalt
- Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
- Ja Nein

Zahnfüllmaterialien:

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

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Allergien auf: _____

- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft

Absonderungen:

- wässrig schleimig
- eitrig grünlich
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust . Bauch . Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

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:
- Neigung zur 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 . Rücken . Haut

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

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

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- Ausfluß
- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche
- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wie viele: _____
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

Menses

- Wann war die erste Menses?
- Wann die letzte?
- Blutungen sind
- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden
- beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr