



Brigitte Over
Heilpraktikerin

AIXVITALIS

Praxis für Naturheilkunde

Lütticherstr. 281

D-52074 Aachen

Tel.: +49 - (0)241 - 475 805 98

Mobil: +49 - (0)178 - 846 120 6

E-Mail: over@aixvitalis.com

www.aixvitalis.com

Anamnese Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen in Blockschrift aus und bringen diesen zum ersten Termin mit. **Bitte nehmen Sie sich genug Zeit und Ruhe.**

Vorname:

Name:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

Fax:

Geburtstag:

Geburtsort:

Geburtszeit:

E-Mail:

Körpergröße:

Gewicht:

Beruf:

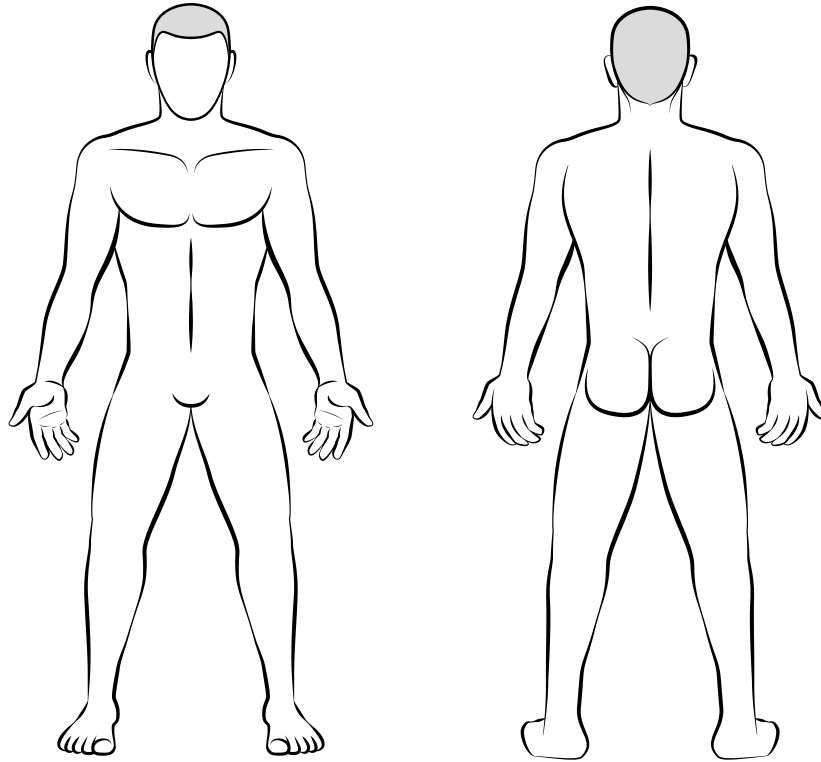
Krankenkasse:

Hausarzt + Tel. Nr.:

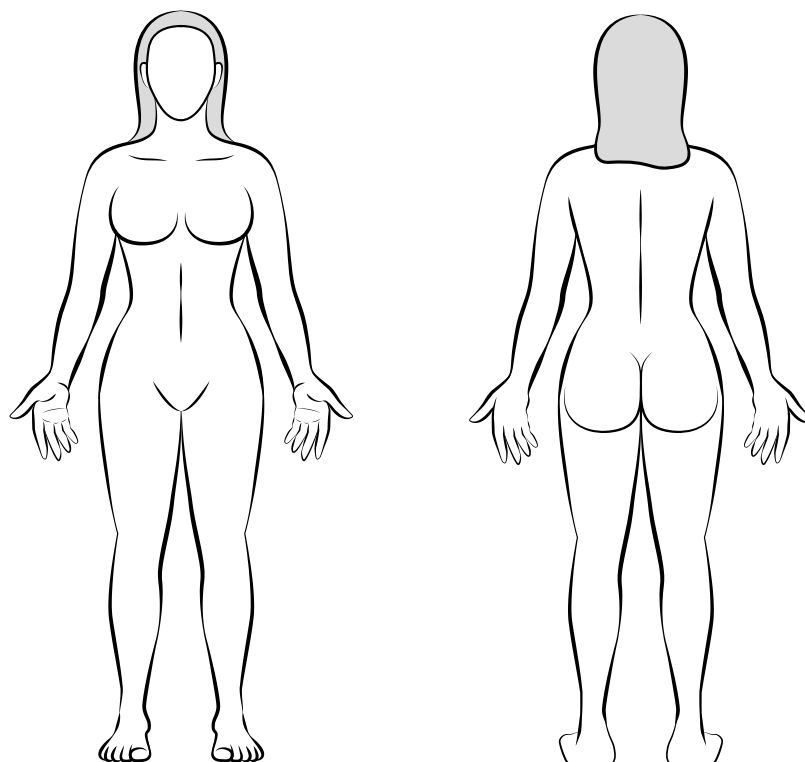
Akute Beschwerden

Bitte zeichnen Sie in dem abgebildeten Körper ihre aktuelle Schmerzen bzw. Beschwerden und Narben ein

Mann:



Frau:



Krankengeschichte

1. Akute Beschwerden

Bitte ordnen Sie Ihre aktuellen Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit

1. _____ seit _____
2. _____ seit _____
3. _____ seit _____
4. _____ seit _____
5. _____ seit _____
6. _____ seit _____
7. _____ seit _____
8. _____ seit _____
9. _____ seit _____
10. _____ seit _____

2. Wie und wann traten die Beschwerden auf?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Regelmäßig | <input type="checkbox"/> unregelmäßig |
| <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> permanent |
| <input type="checkbox"/> in Bewegung | <input type="checkbox"/> in Ruhe |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> unabhängig vom Essen |
| <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> nachts |

3. Lassen die Beschwerden nach bei

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Wärme |
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Körperhaltung | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | <input type="checkbox"/> Hunger |
| <input type="checkbox"/> vor dem Essen | <input type="checkbox"/> Urlaub |

Wodurch verbessern sich die Beschwerden?

4. Hatten Sie vor dem Auftreten Ihrer Beschwerden ein traumatisches Erlebnis?

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trennung | <input type="checkbox"/> Tod | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung von Nahestehenden | | |
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Schock |
| <input type="checkbox"/> Geldverlust | <input type="checkbox"/> Geldgewinn | |
| <input type="checkbox"/> Gewalt | <input type="checkbox"/> Einbruch | <input type="checkbox"/> Bedrohung |

5. Waren Sie bereits in ärztlicher / fachärztlicher/ klinischer und/oder heilpraktischer Behandlung?

- ja nein

wenn ja, nennen Sie bitte die therapeutische Behandlung bzw. Medikation und den entsprechenden Facharzt bzw. Klinik

**6. Wurde bei Ihnen eine radiologische Untersuchung, ein Ultraschall oder eine Laboruntersuchung durchgeführt?
Bitte legen Sie die Befunde bei!**

- ja nein

7. Welche Impfungen haben sie erhalten?

Gab es Impfschäden?

- Fieber Krämpfe Unruhe
 Schlaflosigkeit Verhaltensveränderungen

8. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Röteln Tetanus Keuchhusten
 Mumps Windpocken Ruhr Kinderlähmung
 Syphilis Salmonellen Malaria
 Pfeiffersches Drüsenfieber Gonorrhoe (Tripper)
 Tuberkulose Gürtelrose
 Hepatitis A / B

9. Wie oft wurden Sie mit Antibiotika behandelt und aus welchem Grund?

10. Wurden Sie operiert?

- ja nein

wenn ja, welche Operation

11. Welche Krankheiten gab / gibt es in Ihrer Familie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: |

12. Bestehen diagnostizierte Allergien?

13. Wie äußern sich Ihre allergischen Symptome?

14. Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Nahrungsmittelallergien?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 15. Besteht eine Histaminintoleranz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Besteht eine Glutenunverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Besteht eine Laktoseintoleranz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Besteht eine Fruktoseintoleranz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

19. Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen oder Beschwerden?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes Typ I | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes Typ II | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gicht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| erhöhte Harnsäure | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| erhöhter Cholesterin
oder Triglyceride (Blutfette) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
-
-

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aids | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tinnitus (Ohrgeräusche) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bronchitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gastritis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Darmentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erschöpfung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Depression | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ängste | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kalte Hände | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kalte Füße | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aggressionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Parkinson | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

20. Hatten Sie schon einmal einen / eine

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| Angina Pectoris Anfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| Anaphylaktischer Schock | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| Asthmaanfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| Epileptischer Anfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| MS Schub (Multiple Sklerose) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |
| Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wie oft? _____ x |

21. Wie häufig im Jahr leiden Sie unter einer Erkältung oder Grippe?

22. Haben Sie Verdauungsbeschwerden?

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Völlegefühl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blähungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Unwohlsein im Bauch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krämpfe im Bauch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

23. Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

- 1 x täglich
 mehrmals täglich
 1 x wöchentlich
- einmal alle ____ Tage

24. Wie ist die Konsistenz und Farbe des Stuhlgangs?

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> geformt | <input type="checkbox"/> breiig | <input type="checkbox"/> flüssig |
| <input type="checkbox"/> klebrig | <input type="checkbox"/> fettig | <input type="checkbox"/> wechselhaft |
| <input type="checkbox"/> dunkelbraun | <input type="checkbox"/> hellbraun | <input type="checkbox"/> gräulich (farblos) |

Ernährung

25. Wieviel Liter trinken Sie am Tag?

26. Was trinken Sie?

27. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?

28. Was essen Sie

Morgens:

Mittags:

Abends:

29. Essen Sie vorzugsweise

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Vollkornprodukte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Milchprodukte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Eier | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nüsse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kuchen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rohkost | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Soja | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

30. Sind Sie Veganer? ja nein
Sind Sie Vegetarier? ja nein

31. Haben Sie Heißhunger auf Süß/ Sauer / Pikant / Bitter / Salzig / Scharf?

ja nein worauf? _____

32. Sind Sie offen oder bereit zu einer Ernährungsumstellung mit unserer Hilfe?

33. Trinken Sie Alkohol? ja nein wieviel pro Tag / pro Woche? _____

Lebenssituation

Werteskala:

1 = sehr niedrig, sehr schlecht

10 = sehr hoch, sehr gut

34. War Ihre Geburt eine Natürliche?

ja nein

35. Wurden Sie gestillt?

ja nein

36. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Beruf?

sehr zufrieden
 zufrieden
 mäßig zufrieden
 unzufrieden

37. Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Partnerschaft nach der oben genannten Werteskala?

38. Wie zufrieden sind Sie in Ihrem Singelleben?

39. Sind Sie glücklich?

ja nein

40. Wie hoch ist Ihre momentane Stressbelastung?

41. Fühlen Sie sich zur Zeit vital und leistungsfähig?

ja nein zeitweise

42. Wieviel % von 100 fühlen Sie sich vital und wieviel % von 100 müde am Tag?

vital _____ % müde _____ %

43. Was ist Ihr Therapieziel?

Wie möchten Sie sich wieder fühlen, was möchten Sie wieder tun und/ oder leisten können?

Nennen Sie hier auch eine Alltagssituation, die vor einiger Zeit vielleicht unproblematisch / selbstverständlich war und heute nicht mehr!

44. Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

45. Schlafen Sie gut? ja nein

Wachen Sie häufig auf? ja nein

Haben Sie Einschlafstörungen? ja nein

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Unruhe in den Beinen? ja nein

Schwitzen Sie nachts? ja nein

46. Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurloses Telefon / Internet (Wlan)

Wasserbett

Funkwecker

elektrische Geräte Standby

Stromkasten

Medikation

47. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

48. Welche Nahrungsergänzungsmittel oder andere homöopathischen oder pflanzlichen Produkte nehmen Sie zur Zeit ein?

Zähne

49. Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

50. Haben Sie Zahnfüllmaterialien wie

Amalgam

Gold

Titan

Kunststoff

Keramik

Palladium

51. Haben Sie Probleme im Bewegungsapparat

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Bandscheiben |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Tennisellbogen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen/Frakture | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Verbrennungen |
| <input type="checkbox"/> Nagelerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hautjucken | <input type="checkbox"/> Warzen / Pilze |

Gynäkologische Beschwerden

52. Haben Sie Ausfluss?

- ja nein

Wann war die erste Mensa? _____

Wann die letzte Menstruation? _____

Wie ist Ihr Zyklus?

- 28 Tage mehr weniger

Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Wie viele Fehlgeburten _____

Abtreibungen _____

Ausschabungen _____

Haben / hatten Sie Menstruationsbeschwerden / Eierstockentzündungen / Myome / Zysten / Tumore / Geschlechtskrankheiten

Ist oder war Ihre Prostata

- vergrößert
 entzündet
 Beschwerden beim Wasserlassen
 Geschlechtskrankheiten

Ist Ihre Sexualität

- vermindert
 verstärkt
 unbefriedigt
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Einstellung

53. Was ist Ihr Ziel, was wollen Sie mit der Therapie erreichen?

Was erwarten Sie, wie würden Sie Ihre Erwartung beschreiben

Glauben Sie, dass das Altern mit „ Krankwerden“ einhergeht?

Was erwarten Sie, wie Ihr Körper und Ihre Gesundheit sich in Zukunft entwickeln wird

in 1 Jahr

in 5 Jahren

in 10 Jahren

Wie sehen Sie sich selbst in einem gesunden Körper?

Malen Sie ein Bild oder gestalten Sie eine Collage!

Wenn Sie davon ausgehen, dass der Verlauf Ihres Lebens, Ihrer Gesundheit nicht vorprogrammiert ist, in welche Richtung entwickeln Sie sich im Alterungsprozess?

- Wachstum und zunehmende Kraft
Leid bezwingen
Niederlagen und Unglück überwinden

- Verfall und stetige Degeneration
dem Leid erliegen
den Niederlagen und dem Unglück erliegen

Mit dieser Entscheidung können Sie eine neue Bedeutung / einen neuen Sinn in Ihrem persönlichen Prozess des Alterns festlegen
