



# Anamnese - Fragebogen



**Bitte kreuzen Sie bei den Antworten an, sofern diese zutreffen  
oder beantworten Sie mit Ihren eigenen Worten.**

**Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Strasse+Hausnummer.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon + Handy privat: \_\_\_\_\_

Telefon + Handy Geschäft \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Verheiratet / ledig / geschieden / verwitwet (zutreffendes unterstreichen)

Arbeitgeber + Beruf: \_\_\_\_\_

Körpergröße + Gewicht: \_\_\_\_\_

## Beschwerden (in absteigender Reihenfolge; 1. = Hauptbeschwerde):

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: \_\_\_\_\_

Hautausschläge                       Kummer                       Trauer                       Schreck                       Operationen

Erklärung dazu: \_\_\_\_\_

---

**Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

---

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

---

**Krankheitsgeschichte:**

**Chronologische Krankheitsgeschichte:**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie gehabt ?

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

### Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja                       nein

**Falls ja, welche Antibiotika wurden eingesetzt (falls Sie das noch wissen)?  
Und hatten Sie danach Beschwerden? Falls ja, welche Beschwerden?**

---

### Haben Sie Narben von Operationen?

- ja                       nein

### Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja                       nein

### Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Grosseltern, evtl. Urgrosseltern, Geschwister)

- Krebs                       Tuberkulose                       Geisteskrankheiten                       Epilepsie
  - Herzkrankheiten                       Schlaganfall                       Asthma                       Zuckerkrankheit
  - Gefässerkrankungen     Rheumatismus     Steinkrankheiten                       Allergien
  - Multiple Sklerose                       Schuppenflechte (Psoriasis)                       Gicht                       Migräne
  - Depressionen                       Suizid (Selbstmord)                       Neurodermitis
  - Geschlechtskrankheiten                       andere ernsthafte Krankheiten:
- 

### Impfungen:

#### Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)     Röteln                       Polio (Kinderlähmung)                       Cholera
  - Grippe     Diphtherie                       Gelbfieber     Tetanus (Starrkrampf)
  - Hepatitis     Keuchhusten                       Masern                       Mumps                       Pocken
  - HIB (Haemophilus influenzae)                       andere:
-

## Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber     Krämpfe     Verhaltensveränderungen  
 Hautausschläge     Schlaflosigkeit     Unruhe  
 andere: \_\_\_\_\_  nein keine Reaktionen
- 

## Emotionales:

- Reagieren Sie negativ 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 (z.B. Lift etc.)?**     ja     nein  
**Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?**     ja     nein  
**Sind Sie ständig müde und erschöpft?**     ja     nein  
**Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?**     ja     nein  
**Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle-Konflikt?**     ja     nein  
**Treiben Sie regelmässig Sport?**     ja     nein  
**Schwitzen Sie relativ stark?**     ja     nein

An welchen Körperteilen v.a. : \_\_\_\_\_

- Schwitzen Sie nachts / sog. Nachtschweisse?**     ja     nein

Falls ja:     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 bzw. eine Partnerin?**     ja     nein

## Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- sehr gut     gut     mässig     schlecht

- Sind Sie grundsätzlich glücklich?**     ja     nein

## Ernährung:

Wieviele Liter trinken Sie täglich?

---

Was trinken Sie dann alles (Wasser, gesüsste Softdrinks, Alkohol, Kaffee, Tee etc.)?

---

Welche Nahrungsmittel essen Sie mehr oder weniger täglich?

- Milchprodukte
- Süßigkeiten
- Weismehlprodukte
- Kuchen
- Eier
- Zucker(haltiges)
- Nüsse
- Zuckerersatzstoffe
- Weizenprodukte

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten? Und wieso?

---

---

Ich habe Verlangen nach:

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

Ich habe Abneigungen gegen:

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

Nahrungsmittel-Allergien auf (falls bekannt):

---

---

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. Vegetarier)?

- ja
- nein

wenn ja, welche:

---

---

**Wurden Sie als Säugling gestillt**  ja  nein

**War Ihre Geburt eine natürliche (kein Kaiserschnitt)?**  ja  nein

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

## Wohnung:

**Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische Störfelder (z.B. Wasseradern) und Elektromog-Belastungen untersucht worden?**  ja  nein

### Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe        | <input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe     | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung                 |
| <input type="checkbox"/> Antiquitäten/Holzschutzmittel | <input type="checkbox"/> Teppichböden                          |
| <input type="checkbox"/> Mikrowelle                    | <input type="checkbox"/> anderes, was evtl. stören könnte:     |
- 

### Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- |  |   |   |                                   |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone | <input type="checkbox"/> Internet / WLAN                        | <input type="checkbox"/> elektrische Geräte standby | <input type="checkbox"/> TV/Radio |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett          | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor im Bett | <input type="checkbox"/> Radiowecker                |                                   |
| <input type="checkbox"/> Lampen              |   |   |                                   |

### Wie ist Ihr Schlaf?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                          | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen             |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                           | <input type="checkbox"/> heiße Füße         | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiss                            | <input type="checkbox"/> Lebhaftige Träume  |   |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____ |   |   |
| <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen, wie oft: _____    |   |   |

### Schlafzeit:

Uebliches zu Bett gehen um ca. : \_\_\_\_\_

Uebliches Aufstehen um ca.: \_\_\_\_\_

## Kopf:

**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
- morgens     abends

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verbessert: \_\_\_\_\_

Was verschlechtert: \_\_\_\_\_

## Haare:

- Haarausfall                       kreisrunder                       vereinzelter
- seit wann: \_\_\_\_\_                       kein Haarausfall

## Augen:

- Bindehautentzündung                       kurzsichtig     weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille / Kontaktlinsen (bitte Zutreffendes unterstreichen), seit: \_\_\_\_\_
- alles normal (keinerlei Probleme mit den Augen)

## Ohren:

- Schmerzen links             Schmerzen rechts                       beidseitig             schwerhörig
- Ohrengeräusche             Ohrendruck             Mittelohrentzündungen
- alles normal (keinerlei Probleme mit den Ohren)

## Zähne/Kiefer:

- häufige Zahnarztbesuche                       erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- tote Zähne                       wurzelbehandelte Zähne
- anderes: \_\_\_\_\_

Empfindliche Zähne auf:                       heiss                       kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?                       ja                       nein

### Zahnfüllmaterialien:

- Gold
  - Titan
  - Amalgam
  - Kunststoff
  - Keramik
  - Palladium
- alles normal (keinerlei Probleme mit den Zähnen oder dem Kiefer)

### Nase:

- Operationen
- Heuschnupfen
- häufige Nasennebenhöhlenentzündungen
- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft
- Allergien auf: \_\_\_\_\_

Absonderungen :  wässrig  schleimig  eitrig  grünlich

- alles normal (keinerlei Probleme mit der Nase)

### Mandeln:

- habe meine Mandeln noch und keine Beschwerde
- Operation / Mandeln entfernt
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

### Schilddrüse:

- Operation
- Vergrößerung
- Überfunktion
- Unterfunktion
- alles normal

## Brust-Bauch-Rücken:

### Brustdrüse

- Beschwerden
- Operation

### Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen

### Lunge

- Atemnot / Asthma
- häufig Husten
- Bronchitis

### Leber

- Entzündungen
- Hepatitis
- Fettleber

### Galle

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

### Magen

- Völlegefühl
- Gastritis / Uebersäuerung
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

### Rücken

- Schmerzen, wo genau: \_\_\_\_\_
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)

### Niere/Blase

- Nierensteine
- Entzündungen

### Harn

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



- Darm**
- Entzündungen
  - Hämorrhoiden
  - Infektionen
  - Blähungen
  - Blinddarmoperation
  - andere: \_\_\_\_\_
- Stuhlgang**
- täglich
  - jeden 2. Tag
  - unregelmässig
  - häufig Verstopfung
  - Neigung zum Durchfall
- Konsistenz des Stuhls:**
- hell
  - dunkel
  - hart
  - übelriechend
  - knollig
  - weich
  - schmierig
  - pastenartig
  - kann Stuhl nicht halten
  - Gefühl, nicht fertig zu werden

### Arme-Beine-Füsse-Rücken-Haut-Nägel:

- Arme**
- Verletzungen
  - Schmerzen
  - Kribbeln
  - kalte Hände
  - Tennisellenbogen
- Beine / Füsse**
- Schmerzen, wo: \_\_\_\_\_
  - Krampfadern
  - Operationen: \_\_\_\_\_
  - Verletzungen
  - Kribbeln
  - Taubheitsgefühl
  - kalte Füsse
  - Fusschweis
  - Fussgeruch
- Rücken**
- Beweglichkeit:  gut  schlecht  Rheuma
  - Belastungen
  - Verspannungen
- Haut / Nägel**
- Verbrennungen
  - Narben
  - Geschwüre
  - Hautjucken / Ekzeme
  - Nagelpilz
  - Fusspilz
  - eingewachsene Nägel
  - Nagelbettentzündungen
  - Hühneraugen (Zehen oder Fussballen?)
  - Warzen, wo: \_\_\_\_\_
  - Allergien auf (falls bekannt): \_\_\_\_\_

### Gynäkologischer / urologischer Bereich: Männer und Frauen

#### Gynäkologisch (Frauen)

- Schmerzen
- Eierstockentzündung
- Fehlgeburten
- Geburten/wie viele: \_\_\_\_\_
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

#### Menses (Frauen)

Haben Sie Menstruationsprobleme, welche genau: \_\_\_\_\_

#### Prostata (Männer)

- keine Beschwerden
- Entzündungen
- vergrössert
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

**Sexualität (Männer und Frauen)**

- vermindert       verstärkt       unbefriedigt       normal

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, welche (z.B. Schmerzen, Impotenz, Frigidität etc):

**Schmerzfragen:**

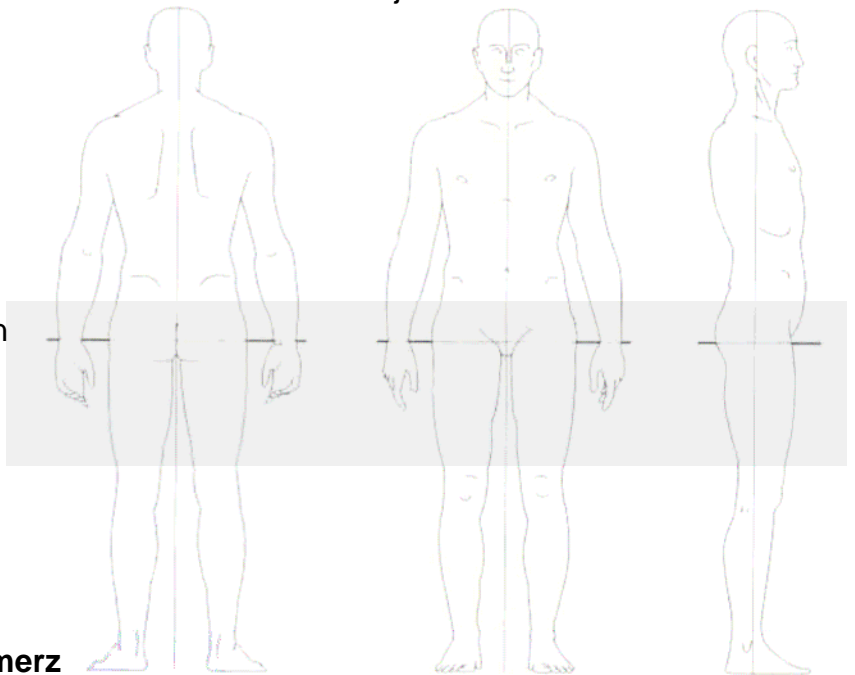
**Haben Sie immer wieder auftretende Schmerzen:**

- ja       nein

**Wo treten Schmerzen auf?**

Bitte kennzeichnen!

- Kreuz = Punktförmiger Schmerz
- Linie = Unklare 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 wann die Schmerzen begonnen haben (Unfall etc)?**

### 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     kolikartig     krampfartig     dumpf  
 beengend     bohrend

### Welche Ereignisse verschlimmern?

- Sitzen     längeres Stehen     Gehen     körperliche Belastung  
 Stress     Kälte     Wärme     Niesen     Husten  
 Nahrungsmittel     Tageszeit \_\_\_\_\_     Wetterlage  
 Monatsblutung     Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe     Schlaf     Bewegung     Sport     Kälte     Wärme  
 Schmerzmittel     Ferien

### Andere Symptome zum Schmerz

- Hautrötung     Blässe     Schwellung     Berührungs-Empfindlichkeit  
 Schweissbildung     Seh- oder Hörstörungen     Gangunsicherheit  
 Muskelschwäche     Müdigkeit     Schwindel     Bewegungseinschränkung

### Ihre bisherigen Schmerzbehandlungen?

---

---



**Naturheilpraxis**  
**Manfred Heggli**

Hohlenbaumstrasse 71 Postfach 53 8204 Schaffhausen

Tel 052 620 03 53 Fax 052 620 03 50

[naturheilpraxis-heggli@gmx.ch](mailto:naturheilpraxis-heggli@gmx.ch) [www.naturheilpraxis-heggli.ch](http://www.naturheilpraxis-heggli.ch)