

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und schicken Sie ihn mir ein paar Tage vor unserem ersten Termin wieder zurück.

Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Als Heilpraktikerin stehe ich ebenso wie ein Arzt unter Schweigepflicht. Die Fragen dienen dazu, ein umfassendes Bild Ihrer Beschwerden zu bekommen, eventuelle Zusammenhänge aufzudecken und im Gespräch weiterführende Untersuchungen oder Fragen vorzubereiten. Bei den Beispielen genügt es, anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder mit eigenen Worten zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit. Vielen Dank

Name: %%nachname%%

Geburtstag: %%geburtsdatum%%

Vorname: %%vorname%%

Tel. privat: %%tel_privat%%

Straße: %%strasse%%

Handy: %%tel_mobilnummer%%

PLZ – Ort: %%plz%% %%strasse%% E-Mail: %%email%%

Beruf _____

Familienstand/Kinder _____

Krankenversicherung? _____

Zusatzversicherung? _____

Körpergewicht _____ Körpergröße _____

Information/ Einwilligung

- ∞ Die Höhe der aktuellen Beratungskosten entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Behandlungsvertrag.
- ∞ Das Honorar wird auch bei telefonischer Beratung, abhängig vom zeitlichen Aufwand, fällig.
- ∞ Etwaige Laborkosten durch Fremdlabore (Biovis, Ganzlmmun ...) werden separat durch das jeweilige Labor in Rechnung gestellt.
- ∞ Mir ist bekannt, dass die Kosten einer Beratung/ Therapie in o.g. Praxis von der gesetzlichen Krankenkasse NICHT – auch nicht teilweise – übernommen werden.
- ∞ Mir ist bewusst, dass die Behandlungskosten unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen an Frau Tamara Reu zu zahlen sind.
- ∞ Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung ausschließlich für praxisinterne Zwecke gespeichert und bearbeitet werden.
- ∞ **Noch ein Hinweis: Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Termine, die nicht wahrgenommen werden und nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, komplett in Rechnung gestellt werden. Das gilt insbesondere für Infusionstermine, bei denen Infusionen individuell im Apothekenlabor bestellt werden.**

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

1. Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

2. Welche Beschwerden-Sorgen-Nöte sind der Anlass für Ihren Termin? (siehe auch Punkt 17)

(Bei Schmerzen bitte 2. Anamnesebogen Ausfüllen)

3. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

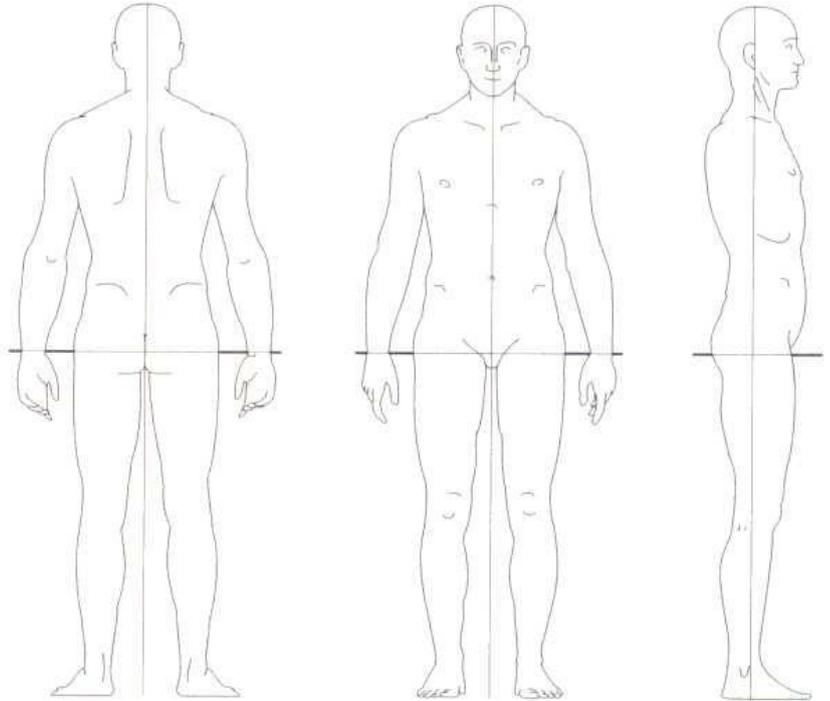
4. Kurzlebenslauf – Hobbys, Beruf:

5. Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

6. Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

7. Haben Sie Narben?

Bitte tragen Sie diese bei der nebenstehenden Zeichnung ein.



8. Haben Sie Allergien?

Aromaöle / Pollen / Medikamente

Nahrungsmittel _____

9. Haben Sie Tiere? Kontakt zu Tieren?:

ja nein Welche Art von Tieren?: _____

10. Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel nehmen sie?

11. Chronologie der Krankengeschichte/ Vorerkrankungen:

12. Welche Krankheiten traten in Ihrer Familie auf?

- Rheuma Gicht Krebs Allergien Diabetes Asthma Epilepsie Geisteskrankheiten
 Tuberkulose Gefäßerkrankungen Schuppenflechte Bluthochdruck Multiple Sklerose
 Neurodermitis Geschlechtskrankheiten andere:

13. Emotionales

Haben Sie Existenzängste? _____

Liegen Beziehungskonflikte vor? _____

Empfinden Sie Ihren Beruf als Belastung? _____

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? _____

Liegen Schlafstörungen vor? _____

Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

14. Wie ernähren sie sich?

15. Weitere Symptome:

Dunkle Augenringe? Ja Nein

Brain Fog (Nebel im Gehirn)? Ja Nein

Blass? (Anämie?) Ja Nein

Keine Energie (Chronik Fatigue Syndrom)? Ja Nein

Verdauungsbeschwerden (Reizdarm, Leaky Gut, Blähungen, Durchfall/Verstopfung,

Bauchspeicheldrüsenentzündung, rektaler Juckreiz schlimmer zu Voll- und Neumond und nachts?)

Kinder: Jucken in der Nacht in der Aftergegend? Ja Nein

Erwachsene: Rötung und Jucken am Anus, Hautläsionen? Ja Nein

Schwaches Immunsystem? Ja Nein

Erkältungssymptome? Ja Nein

Kein Appetit oder Gelüste auf Kohlenhydrate, süßes Obst etc.? Ja Nein

Unterzucker? Ja Nein

Hauterkrankungen? Ja Nein

Ödeme? Ja Nein

Unspezifische Schmerzen (Gelenke, Muskel, Migräne)? Ja Nein

Rote Flecken auf der Zunge? Ja Nein

Geschwollene Lymphknoten? Ja Nein

Unruhiger Schlaf? Ja Nein

Nachtschweiß? Ja Nein

Emotionale Probleme (Antriebslosigkeit, Besorgnis; Weinen bei Kindern, etc)? Ja Nein

Schlechtes Gedächtnis? Ja Nein

Für die Frau

Estradiol zu wenig

- Hitzewallungen
- Menstruationsstörungen
- Hypomenorrhoe (zu wenig Regelblutung)
- Amenorrhoe (ausbleiben der Regelblutung)
- Depressive Verstimmung
- Lethargie Weinerlichkeit Palpitationen (Herzklopfen)
- Blasenentzündungen
- Inkontinenz
- Dyspareunie (Schmerzhafter Geschlechtsverkehr)
- Schleimhauttrockenheit

Östrogendominanz

- Hypermenorrhoe (Starke Regelblutung)
- Veränderungen am Gebärmutterhals
- Gewichtszunahme
- Ödeme
- Migräne
- Mastopathie (Umbauprozesse des Brustdrüsengewebes)
- Stimmungsschwankungen
- Gallenbeschwerden
- Reizdarm

Progesteronmangel

- ⊙ PMS (Prämenstruelles Syndrom)
- ⊙ Mastopathie (Umbauprozesse des Brustdrüsengewebes)
- ⊙ Fehlgeburtstneigung
- ⊙ Fruchtbarkeitsstörung
- ⊙ Kopfschmerzen
- ⊙ Migräne
- ⊙ Schlafstörungen
- ⊙ Ödeme (Wasseransammlungen)
- ⊙ Gewichtszunahme
- ⊙ Stimmungsschwankungen
- ⊙ Kalte Hände und Füße

Für die Frau und Mann

Testosteron Überschuss

- ⊙ Vermehrte Gesichtshaarung und Körperbehaarung
- ⊙ Androgene Alopezie (Haarausfall)
- ⊙ Akne
- ⊙ Fettige Haut
- ⊙ Blutzuckerschwankungen
- ⊙ Libido hoch
- ⊙ Neigung zu ovariellen Zysten (PCO-S)
- ⊙ Neigung Ovulationsschmerzen

