



Naturheilpraxis  
Sabine Jung

## Der Anamnese Fragebogen

Liebe Patienten,

durch meine vielseitigen Therapiemöglichkeiten bin ich bestrebt, Ihnen in allen Belangen, natürlich auch unter dem Aspekt der ganzheitlichen Betrachtung, zu helfen und Sie zu unterstützen.

Darum bitte ich Sie, mir diesen Anamnesebogen nach bestem Wissen auszufüllen und per Email oder Post **VOR** Ihrem Besuch in meiner Praxis zurückzusenden, damit ich mir schon im Vorfeld ein Gesamtbild machen kann.

Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, so lassen Sie diese bitte einfach aus. Wir werden sie dann gemeinsam besprechen.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin eventuelle Atteste, Befunde, Impfpass etc mit oder legen Sie diese als Kopie dem Anamnesebogen bei.

Vielen Dank schon heute für Ihre Zusammenarbeit!

Ich freue mich auf Sie.

Sabine Jung

### **WICHTIG**

Diese Datenerhebungen sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht!



natürlich in Balance

## Anamnese - Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Tel. priv. \_\_\_\_\_  
PLZ-Ort \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_  
Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Blutdruck \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Versicherung:

- Gesetzlich (AOK, DAK usw.)
- Beihilfe/Post
- Privat-Versicherung
- Privat-Zusatzversicherung

### Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen - ansonsten bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. mit eigenen Worten beantworten.

### An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

	Seit
<input type="radio"/> Hoher Blutdruck	_____
<input type="radio"/> Diabetes	_____
<input type="radio"/> Nierenbeschwerden	_____
<input type="radio"/> Allergien	_____
<input type="radio"/> Herzleiden	_____
<input type="radio"/> Migräne/Kopfschmerzen	_____
<input type="radio"/> Depressionen	_____
<input type="radio"/> Hautkrankheiten	_____
<input type="radio"/> Schwindel	_____
<input type="radio"/> Schilddrüsenbeschwerden	_____
<input type="radio"/> Asthma	_____
<input type="radio"/> Rheuma	_____
<input type="radio"/> Pilze	_____
<input type="radio"/> Durchfall/Verstopfung	_____
<input type="radio"/> O Schlafstörungen	_____
<input type="radio"/> O Durchblutungsstörungen	_____
<input type="radio"/> O Sonstige	_____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden belasten Sie aktuell am meisten?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine**

Erkrankung – Kummer – Trauer – Stress – Operation – Hautausschläge – Medikamente- usw.

Werden die Schmerzen durch Bewegung  besser  schlechter  kein Einfluss  
Treten die Schmerzen  in Ruhe  nachts  tags  Wärme  Kälte auf?  
Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst?  ja  nein

**Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Fremdbefunde? Wenn  ja, **bitte mitbringen.**  nein  
Bildgebende Verfahren? Wenn  ja, **bitte mitbringen.**  nein  
Ärztliches Labor/Blutbefunde? Wenn  ja, **bitte mitbringen.**  nein

**Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie?**

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Krebs – Tuberkulose – Geschlechtskrankheiten – Herzkrankheiten – Gefäßkrankheiten – Schlaganfall – Asthma – Zuckerkrankheit – Rheuma – Nierensteine – Gallensteine – Multiple Sklerose – Gicht – Allergien – Schuppenflechte – Neurodermitis – Migräne  
Andere: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?** In welcher Dosierung und seit wann?  
**Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.**

Medikament	Dosierung	Einnahme seit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nehmen Sie Abführmittel?  ja  nein

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen? \_\_\_\_\_

Weshalb? \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!**

- Vitamin C
- Vitamin E
- Vitamin A

- Vit. B – Komplex
- Folsäure
- Vit. B12

- Vitamin D
- Multivitamine
- Nahrungsergänzungsmittel

- Magnesium
- Calcium
- Kalium

- Selen
- Zink
- Kupfer

- Eisen
- Jod/ Algen

**Nehmen Sie Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?  
Hatten Sie Infektionskrankheiten wie....?**

- Masern
- Windpocken
- Malaria
- Tuberkulose

- Röteln
- Mumps
- Salmonellose
- Pfeiffersch. Drüsenfieber

- Scharlach
- Keuchhusten
- Kinderlähmung
- andere: \_\_\_\_\_

**Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie erhalten? Wann?**

- Diphtherie
- Tetanus
- Polio
- Hepatitis

- Mumps
- Masern
- Röteln
- Gelbfieber

- Keuchhusten
- TBC
- Grippe
- andere: \_\_\_\_\_

- Windpocken
- FSME

**Gab es Reaktionen?**

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

ja  nein

**Haben Sie Narben von Operationen?**

ja  nein

Wo: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Wieviel pro Tag?

ja  nein

**Haben Sie Zahnfüllungen aus:**

- Amalgam
- Gold
- Palladium

- Kunststoff
- Keramik
- Implantate

- Brücken

Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt?

ja  nein wann?

Wurde eine Amalgam-Ausleitungstherapie durchgeführt?

ja  nein wann?

Haben Sie: Zahnfleischbluten - Parodontose - wurzelbehandelte Zähne - verlagerte Zähne

Sind Sie  beruflich  privat besonderen Umweltbelastungen ausgesetzt? z.B.:

- Schimmel
- Mehlstaub
- Tankstelle

- Lacke/Farben
- Feinstaub
- Chemikalien

- Bildschirm- Arbeit
- Handymast
- Handy am Körper

## 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? (z.B. Fahrstühle etc.)  ja  nein  
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?  ja  nein  
Sind Sie müde und erschöpft?  ja  nein  
Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?  ja  nein  
Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle- Konflikt?  ja  nein  
Schwitzen Sie leicht?  ja  nein  
Schwitzen Sie Nachts?  ja  nein  
An welchem Körperteil: \_\_\_\_\_  
o kalter Schweiß o warmer Schweiß  
Frieren Sie schnell?  Kalte Hände  Kalte Füße  
Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?  Sehr belastbar -  mäßig belastbar -  gar nicht  
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 glücklich?  ja  nein  
Haben Sie Ängste/Sorgen?  ja  nein  
Welche: \_\_\_\_\_

## Wohnung / Schlaf

- Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-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 - Sprechen im Schlaf - Zähneknirschen - Unruhe in den Beinen - heiße Füße  
Schwierigkeiten beim Einschlafen - Nachtschweiß - Lebhaftige Träume - häufiges Erwachen

um wieviel Uhr: \_\_\_\_\_

häufiges Wasserlassen, wie oft: \_\_\_\_\_

Schlaflage:

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

Schlafzeit:

Übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_

Übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

- Treiben Sie Sport?  ja  nein  
Haben Sie Haustiere?  ja  nein

## Ernährung

### Wie viel und was trinken Sie? Bitte genau!

Wasser  
 Kräutertee  
 Säfte

Bier  
 Wein  
 Sekt

Kaffee  
 Schwarzen Tee  
 Grünen Tee

Sind Sie Vegetarier?  
Sind Sie Veganer?

ja  nein  
 ja  nein

### Wie ernähren Sie sich vorwiegend?

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Bitte wie oft oder wie viel dahinter schreiben.

Zucker  
Zuckerersatzstoffe  
Milchprodukte  
Weißmehlprodukte  
Eier  
Nüsse  
Süßigkeiten  
Kuchen

### Haben Sie Allergien? Seit wann?

Pollen(wann) \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Besteht eine Laktose/Fruktose oder Gluten Unverträglichkeit?  ja  nein

Sind Sie nach dem Essen müde?  ja  nein

Völlegefühl - Sodbrennen - Appetitlosigkeit

Auf welche Nahrungsmittel 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

Wurden Sie gestillt?  ja  nein  
War Ihre Geburt eine natürliche?  ja  nein

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

### Wie oft haben Sie Stuhlgang?

\_\_\_ x täglich \_\_\_ x wöchentlich

Neigung zu: Durchfall - Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

geformt - breiig - wässrig - wechselt - verstopft - knollig - hell - dunkel - übel riechend - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden - gibt es Blutauflagerungen?

Hämorrhoiden?  ja  nein  
Haben Sie häufig Blähungen?  ja  nein

## 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:

**Augen:** Bindehautentzündung - kurzsichtig – weitsichtig - sonstige Beschwerden  
Brille seit:

**Ohren:** Schmerzen links - Schmerzen rechts - beidseitig - schwerhörig  
Ohrengeräusche/Tinnitus - Ohrendruck - Mittelohrentzündungen

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

Absonderungen : wässrig - schleimig - eitrig - grünlich

**Mandeln:** Operation - häufig Mandelentzündungen - als Kind - heute

**Schilddrüse:** Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Operation

## Brust- Bauch -Rücken

**Brustdrüse** Auffälligkeiten - Beschwerden - Operation

**Herz** Beschwerden - Stechen - Druckgefühl - Beklemmung  
Rhythmusstörungen - Infarkt

**Lunge** Bronchitis - häufig Husten – Atemnot - Auswurf

**Leber** Entzündungen - Hepatitis - Zirrhose

**Galle** Steine - Koliken – Operation - Druck im re Oberbauch - Fettunverträglichkeit

**Magen** Völlegefühl – Gastritis - Appetitlosigkeit - Nahrungsmittelallergien  
Abneigung gegen Fleisch

**Darm** Infektionen – Hämorrhoiden – Blinddarmoperation - Morbus Crohn  
Colitis Ulcerosa - Blähungen, Geruch nach:

**Rücken** Schmerzen – Hexenschuss - Ischias - Skoliose - Bandscheibenvorfall

**Niere/Blase** Nierensteine – Beschwerden beim Wasserlassen - Entzündungen - häufig:

## Arme –Beine-Bauch

- Arme** Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Kalte Hände - Tennisellenbogen
- Beine** Schmerzen (in Ruhe/beim Gehen) - Krampfadern – Operationen - Verletzungen - Kalte Füße – Kribbeln - Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit - Verspannungen – Belastungen
- Haut/Nägel** Verbrennungen - Narben – Geschwüre - Hautjucken - Warzen - eingewachsene Nägel - Nagelbettentzünd. – Nagel-/Fußpilz  
Allergien auf: \_\_\_\_\_

## Gynäkologischer /Urologischer Bereich

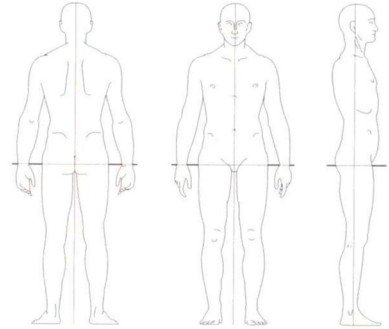
- Gynäk.** Ausfluss: keinen - stark - weiß - gelb - färbt die Wäsche - wundmachend  
Schmerzen - Eierstockentz. - Ausschabungen – Fehlgeburten - Geburten/wievieler:  
Abtreibungen - Tumore - Zysten - Myome - Geschlechtskrankheiten
- Menses** Wann war die erste Menstruation:  
Blutungen sind: hell -dunkel - klumpig - braun - unregelmäßig - regelmäßig  
Haben Sie Beschwerden - vor – während – nach - der Menstruation?  
 Klimakterium  
Haben/Nehmen Sie Hormonpräparate (Verhütungsmittel) eingenommen, welche? Hormonspirale?  
\_\_\_\_\_  
Aktuelle Schwangerschaft?  ja  nein
- Prostata** vergrößert – Entzündungen - Beschwerden beim Wasserlassen  
Geschlechtskrankheiten
- Harn** viel, wenig, kann nicht halten, Geruch nach \_\_\_\_\_
- Sexualität** vermindert - verstärkt – unbefriedigt - Beschwerden beim Geschlechtsverkehr



## Schmerzfragen

**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen!

Kreuz = Punktförmiger Schmerz  
Linie = Unklare Schmerzlagerung  
Pfeil = Ausstrahlender Schmerz



**Schmerzsкала für den Hauptschmerz von 1-10:**

1= schwach  
5= mittel  
10= sehr stark

**meine Schmerzsкала 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  
kolikartig - 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 erfolgte bisher wie...?** \_\_\_\_\_

## Chronologische Krankheitsgeschichte

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Was wünschen/erwarten Sie sich von meiner Behandlung?**

---

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen bis 1 Woche vor dem Behandlungstermin zu,

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Zeit und Ihr Vertrauen.

Per Mail an: [praxis@nhp-jung.de](mailto:praxis@nhp-jung.de)

Per Post an:

Naturheilpraxis  
Sabine Jung  
Ernst-Essich-Weg 19  
74321 Bietigheim-Bissingen