



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!

**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"/> Durchblutungsstörungen  | _____ |
| <input type="radio"/> 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!**

**Nehmen Sie Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?**

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vitamin C | <input type="checkbox"/> Vit. B – Komplex | <input type="checkbox"/> Vitamin D                |
| <input type="checkbox"/> Vitamin E | <input type="checkbox"/> Folsäure         | <input type="checkbox"/> Multivitamine            |
| <input type="checkbox"/> Vitamin A | <input type="checkbox"/> Vit. B12         | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel |
| <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> Selen            | <input type="checkbox"/> Soja                     |
| <input type="checkbox"/> Calcium   | <input type="checkbox"/> Zink             | <input type="checkbox"/> Rotklee / Nachtkerzenöl  |
| <input type="checkbox"/> Kalium    | <input type="checkbox"/> Kupfer           | <input type="checkbox"/> Johanniskraut            |
| <input type="checkbox"/> Eisen     | <input type="checkbox"/> Jod/ Algen       | <input type="checkbox"/> Sonstiges                |

**Hatten Sie Infektionskrankheiten wie....?**

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Röteln                    | <input type="checkbox"/> Scharlach     |
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Mumps                     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   |
| <input type="checkbox"/> Malaria     | <input type="checkbox"/> Salmonellose              | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersch. Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

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

- |                                     |                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Tetanus    | <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> TBC           | <input type="checkbox"/> FSME       |
| <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Grippe        |                                     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis  | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> andere: _____ |                                     |
- Covid 19:      1. Impfung am \_\_\_\_\_      2. Impfung am \_\_\_\_\_

**Gab es Reaktionen?**

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, sonstige :

**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?**

ja  nein

Wieviel pro Tag?

**Haben Sie Zahnfüllungen aus:**

- |                                    |                                     |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam   | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Brücken |
| <input type="checkbox"/> Gold      | <input type="checkbox"/> Keramik    |                                  |
| <input type="checkbox"/> Palladium | <input type="checkbox"/> Implantate |                                  |

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.:

- |                                  |                                    |  |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Schimmel   | <input type="radio"/> Lacke/Farben | <input type="radio"/> Bildschirm- Arbeit |
| <input type="radio"/> Mehlstaub  | <input type="radio"/> Feinstaub    | <input type="radio"/> Handymast          |
| <input type="radio"/> Tankstelle | <input type="radio"/> Chemikalien  | <input type="radio"/> Handy am Körper    |

## Emotionales / Belastung

- 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: \_\_\_\_\_
- kalter Schweiß  warmer Schweiß
- Frieren Sie schnell?  Kalte Hände  Kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? Sehr belastbar - mäßig belastbar - gar nicht

Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung?

- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung?

- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **nervliche** Belastung?

- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel

Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung?

- als angemessen  akzeptabel  zu wenig  zu viel  viel zuviel

Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie? \_\_\_\_\_  
wöchentlich \_\_\_\_\_mal je ca. \_\_\_\_\_Minuten

Welche Art von **Fitness** oder **Bewegung** praktizieren Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_mal Wie lange? je \_\_\_\_\_Minuten

Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen **Mittagsschlaf**? \_\_\_\_\_mal

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?  ja  nein

Sind Sie Veganer?  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  o Blut hell  o Blut dunkel  o Juckreiz  o nein

Haben Sie häufig Blähungen?  ja  nein

## Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** häufig - selten - nie

**wenn ja,**

**wo und wann:** Stirn-Augen-Schlafenregion - 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 - Hashimoto

## Brust- Bauch -Rücken

<b>Brustdrüse</b>	Auffälligkeiten - Beschwerden - Operation
<b>Herz</b>	Beschwerden - Stechen - Druckgefühl - Beklemmung Rhythmusstörungen - Infarkt – hoher/niedriger Blutdruck
<b>Lunge</b>	Bronchitis - häufig Husten – Atemnot - Auswurf
<b>Leber</b>	Entzündungen - Hepatitis - Zirrhose
<b>Galle</b>	Steine - Koliken – Operation - Druck im re Oberbauch - Fettunverträglichkeit
<b>Magen</b>	Völlegefühl – Gastritis - Appetitlosigkeit - Nahrungsmittelallergien Abneigung gegen Fleisch
<b>Darm</b>	Infektionen – Hämorrhoiden – Blinddarmoperation - Morbus Crohn Colitis Ulcerosa - Blähungen, Geruch nach:
<b>Rücken</b>	Schmerzen – Hexenschuss - Ischias - Skoliose - Bandscheibenvorfall
<b>Niere/Blase</b>	Nierensteine – Beschwerden beim Wasserlassen - Entzündungen - häufig:

## Arme –Beine-Bauch

<b>Arme</b>	Verletzungen - Schmerzen - Kribbeln - Kalte Hände - Tennisellenbogen
<b>Beine</b>	Schmerzen (in Ruhe/beim Gehen) - Krampfadern – Operationen - Verletzungen - Kalte Füße – Kribbeln - Taubheitsgefühl
<b>Rücken</b>	Beweglichkeit - Verspannungen – Belastungen
<b>Haut/Nägel</b>	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?
- Welche Art Beschwerden? \_\_\_\_\_
- Klimakterium
- 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

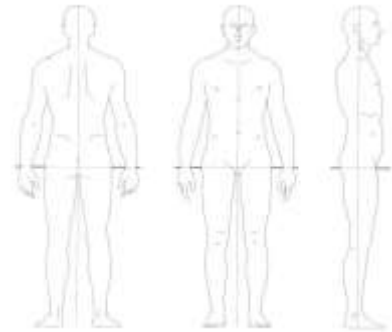
## Hormone

- Haben/Nehmen Sie **Hormonpräparate** (Schilddrüse, Cortisol, Insulin...) eingenommen?
- Welche? \_\_\_\_\_
- Verhütungsmittel?** Hormonspirale-Stäbchen-Ring?
- \_\_\_\_\_
- Seit wann? \_\_\_\_\_
- Haben Sie jemals Muskelaufbau-oder Fitness Präparate genommen?  ja  nein
- Welche? \_\_\_\_\_

## Schmerzfragen

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

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



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

1= schwach  
 5= mittel  
 10= sehr stark

**meine Schmerzskaala 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  
Wernerstr. 25  
71691 Freiberg