

Naturheilpraxis Tilo Kummer-Oortgiese

Groß Kleiner Weg 13
 18119 Rostock
 Tel. 0381-51663
 Fax 0381-5486998
 www.heilpraktiker-warnemünde.de



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich heiße Sie in meiner Naturheilpraxis herzlich Willkommen und möchte Sie bitten, die folgenden Fragen nach bestem Wissen zu beantworten. All Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht!

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Familienstand: _____
 Anzahl der Kinder: _____
 Beruf/Tätigkeit: _____

Haben oder hatten Sie schon einmal eine der folgenden Erkrankungen?
 (zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. Jahr ergänzen)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|---|--------------------------|-------|
| 1 Typhus/Paratyphus/Ruhr | <input type="checkbox"/> | _____ | 15 Verstopfung, Durchfall,
blutige Stühle | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2 Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | _____ | 16 Gelbsucht,
Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3 Grüner Star, Glaukom | <input type="checkbox"/> | _____ | 17 Gallensteine | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4 Nasennebenhöhlen-
entzündungen | <input type="checkbox"/> | _____ | 18 Nieren-, Nierenbecken-
oder Blasenentzündungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5 Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | _____ | 19 Nieren-, Harnleiter- oder
Blasensteine | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6 Lungen-, Rippenfell-
entzündungen oder länger
dauernde Bronchitis | <input type="checkbox"/> | _____ | 20 Krankheiten der
Vorsteherdrüse (Prostata) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7 Asthma, Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | _____ | 21 Schwierigkeiten beim
Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8 Allergische Reaktionen,
Medikamentenunver-
träglichkeit (z.B. Penicillin
od. Röntgen-
Kontrastmittel) | <input type="checkbox"/> | _____ | 22 nächtliches
Wasserlassen
wenn ja, wie oft? | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9 Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | _____ | 23 Erkrankungen der weibl.
Unterleibsorgane oder der
Brüste | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10 Schlaganfall, Lähmungen | <input type="checkbox"/> | _____ | 24 unregelmäßige Periode
letzte Periode am | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 11 Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | _____ | 25 Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12 andere Herzkrankheiten
oder Gefäßleiden | <input type="checkbox"/> | _____ | 26 Syphilis, Tripper | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 13 Krampfadern,
Hämorrhoiden,
Thrombose, offene Beine | <input type="checkbox"/> | _____ | 27 Nevöse Beschwerden,
Nervenzusammenbruch | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14 Magen- oder Zwölffinger-
darmgeschwür | <input type="checkbox"/> | _____ | | | |

	Ja	Nein
68 Sind Sie mit Ihrer derzeitige Wohnung unzufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69 Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70 Haben Sie noch andere Sorgen oder Schwierigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71 Meinen Sie, dass Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72 Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten vorgekommen?

	Mu	Va	Kinder	Großeltern
73 Hoher Blutdruck, Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74 Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75 Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77 Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78 Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79 Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80 Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81 Gallen-, Nieren-, Blasenstein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82 Krebs (einschl. Blutkrebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83 Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Heilpraktiker
Tilo Kummer-Oortgiese

Ort, Datum

Unterschrift