



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zu mir, weil Sie bestimmte Beschwerden haben. Für die optimale Behandlung ihrer Beschwerden ist es hilfreich, vorab einige Dinge über ihren Gesundheitszustand zu erfahren. Es hat sich gezeigt, dass die besten Heilungs-Chancen bestehen, wenn Sie selbst, Ihr Arzt und wir Heilpraktiker eng zusammenarbeiten. Unser Ziel ist es, sie ganzheitlich zu behandeln. Bitte teilen Sie uns deshalb alle Beschwerden zeitnah mit.

Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____ Sport/Hobbies: _____

Telefon (Festnetz+Handy) _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Kinder, wieviele? _____

Behandlungsgrund:

Wegen welcher Beschwerden kommen sie in unsere Praxis? An welchen Körperstellen haben Sie Beschwerden?

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? Bitte ankreuzen!

– 0 sich keine Schmerzen, 10 sind die am schlimmsten vorstellbaren Schmerzen, die es gibt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Bitte teilen Sie uns Veränderungen ihres Gesundheitszustandes möglichst zeitnah mit!

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Trauer Kummer Schreck Operationen Hautausschläge

andere: _____

<p>Welche Maßnahmen haben sie bisher dagegen unternommen? -welche Behandlungen?</p>	<p>Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? Gerinnungshemmer? Schmerzmittel?</p>
---	---

Impfungen: Masern Mumps Röteln Keuchhusten Diphtherie Hib Tetanus
 HPV Hepatitis Varizellen Rotaviren Polio (Kinderlähmung) Cholera Gelbfieber
 Pocken Pneumokokken Influenza (Grippe) FSME Meningokokken Herpes Zoster
 Tuberkulose Covid, Anzahl wann zuletzt? Andere:

Reaktionen auf die Impfungen? Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit
 Lähmungen Hautausschläge Verhaltensänderungen Autoimmunerkrankungen/Allergien

.....

.....

Krankheiten in Ihrer Familie: Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie
 Geschlechtskrankheiten Rheuma MS Schlaganfall Herzkrankheiten Bluthochdruck
 Diabetes Asthma Nieren-Gallensteine Zysten Allergien Neurodermitis Psoriasis

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht und wie war der Erfolg?

.....

.....



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....
.....
.....
.....

Allgemeine Symptome:

- Erschöpfung, Müdigkeit Konzentrationsstörungen Ängste, Schuldgefühle, Konflikte
- ich bin verstärkt reizbar ich schwitze tagsüber Nachtschweiß Kalter Schweiß
- warmer Schweiß Schweiß an welchem Körperteil?.....
- ich friere schnell kalte Hände kalte Füße

Ich bin: sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Kopf:

- Kopfschmerzen? häufig selten nie Schläfen/seitl. Kopf Nacken Stirn Scheitel
- ganzer Kopf links rechts beidseits morgens abends mit Schweregefühl
- Schmerz im Kopf Spannungsgefühl bohrend mit Benommenheit mit Schwindelgefühl

Auslöser: Was bessert: Was verschlechtert:

.....
.....
.....

Augen:

- Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig Brille seit:
- sonstige Beschwerden:

Ohren:

- Schmerzen links Schmerzen rechts beidseits Mittelohrentzündungen wann?.....
- schwerhörig Ohrengeräusche Ohrendruck

Nase:

- Operationen Heuschnupfen Nasennebenhöhlenentzündungen Nase verstopft

Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich blutig Allergien auf:

Mandeln:

- Operation häufige Mandelentzündungen als Kind heute

Schilddrüse:

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation.....

Haarausfall?

- Ja, seit: kreisrunder Haarausfall vereinzelter Haarausfall



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Zähne/Kiefer:

erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Wurzelbehandelte Zähne Tote Zähne

Empfindliche Zähne auf: heiß kalt Parodontose/Parodontitis Entfernung Amalgan

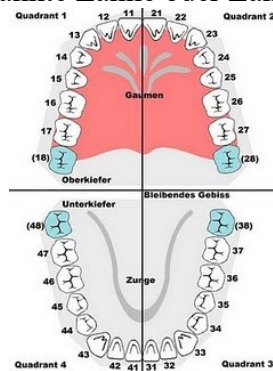
Zahnfüllmaterialien: Amalgan Titan Gold Kunststoff

Keramik Palladium Implantate

Kiefergelenke:

Schmerzen Geräusche beim Kauen Blockade Zähneknirschen/-beißen Blockaden

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch:



Ihre rechte Seite

Ihre linke Seite

Körper und Organfunktionen:

Brustdrüse: Beschwerden..... Operationen Chemotherapie Strahlentherapie

Herz: Herzinfarkt, wann?..... Angina Pectoris Herzschwäche Bluthochdruck

Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher Defibrillator Beschwerden Stechen

Druckgefühl Beklemmung

Lunge:

Asthma Emphysem Chronische Bronchitis akute Bronchitis Atelektasen

Husten -> trocken produktiv Atemnot Raucher ehemaliger Raucher Tumor

Farbe Sputum:.....

Leber:

Entzündungen Hepatitis (Gelbsucht) Fettleber Tumor

Galle:

Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit Steine Koliken Operationen

Magen:

Völlegefühl Appetitlosigkeit Sodbrennen Gastritis (Magenschleimhautentzündung)

Magengeschwür Operation Tumor

Darm:

Infektionen Blähungen Reizdarm M. Crohn Colitis Ulcerosa Polypen Divertikel

Blinddarm-OP Hämorrhoiden Tumor



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Niere/Blase:

Entzündungen -> Niere Blase häufige Blasenentzündungen Niereninsuffizienz

(Schwäche) Dialyse Nierensteine -> OP..... Tumor.....

Harn:

viel wenig häufig Inkontinenz bei: Geruch nach:

Stuhlgang

täglich alle.....Tage unregelmäßig Verstopfung Durchfall riecht nach

hell dunkel übelriechend hart knollig weich schmierig pastenartig

Inkontinenz Gefühl, nicht fertig zu werden

Bauchspeicheldrüse/Milz:

Entzündungen Diabetes Typ I Diabetes Typ II OP Tumor Milzentfernung

Rücken:

Schmerzen -> HWS BWS LWS Hexenschuss Ischias Bandscheibenvorfall ->

HWS LWS Verspannungen Skoliose Rheuma Osteoporose Tumor OP

Versteifungen

Beine:

Schmerzen, wo?..... rechts links Krampfadem OP Arthrose

Knochenbrüche, wo?..... rechts links Meniscusverletzung -> rechts links

Bandverletzung -> Knie Fuß rechts links Kribbeln Taubheitsgefühl

kalte Füße Tumor

Arme:

Schmerzen, wo?..... rechts links OP Knochenbrüche, wo?.....

rechts links Rotatorenmanschettenruptur -> rechts links Impingement -> rechts

links Tennisellbogen rechts links Kribbeln Taubheitsgefühl kalte Hände

Haut/Nägel:

Narben Geschwüre Hautjucken Rötungen Warzen Hautpilz Verbrennungen

Nagelbettentzündungen eingewachsene Nägel Fußpilz Psoriasis Neurodermitis

Allergien/Autoimmunerkrankungen:

Hashimoto M. Basedow Zöliakie Psoriasis rheumatoide Arthritis MS Addison

Bechterew andere:

Lebensmittelunverträglichkeiten:

.....



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Weitere Erkrankungen:

Fibromyalgie Epilepsie Schlaganfall Lähmungen

Gynäkologischer/Urologischer Bereich:

Sexualität: vermindert verstärkt unbefriedigt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau:

Schmerzen Eierstockentzündungen Ausschabungen Geburten,

Anzahl Fehlgeburten Abtreibungen Sterilisation Zysten Myome

Geschlechtskrankheiten Tumore

Ausfluss-> stark weiß gelb wundmachend

Erste Menses, Datum letzte Menses, Datum

Blutungen sind/waren: hell dunkel klumpig braun regelmäßig unregelmäßig

Verhütungsmaßnahmen: Pille Spirale Hormonspritze

Schwangerschaft? Ja Nein **stillen Sie?** Ja

Mann:

Prostata vergrößert OP Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen Sterilisation

Geschlechtskrankheiten Erektionsprobleme

Sport, wie oft pro Woche?..... regelmäßig

Ist Ihr **Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz** baubiologisch untersucht worden (Elektrosmog, Geopathie,

Umwelttoxine? Ja

Ihre Wohnung: Funkmasten in der Nähe Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe

Schimmelpilzbelastung Antiquitäten/Holzschutzmittel Bäche/Flüsse in der Nähe

Teppichböden Mikrowelle

Ihr Schlafplatz: schnurloses Telefon/Internet elektrische Geräte standby Wasserbett

eingebauter elektrischer Motor

Schlaf: Schlaflosigkeit häufiges Erwachen, Uhrzeit..... nächtliches Wasserlassen

wie oft? Schwierigkeiten beim Einschlafen Unruhe in den Beinen

Zähneknirschen lebhafte Träume Nachtschweiß heiße Füße

Trinken: unter 500 ml unter 1 L unter 2 L über 2 L Fruchtsäfte Tee Softdrinks

Wasser ohne Kohlensäure Wasser mit Kohlensäure Kaffee Milch

Bier: Anzahl/Tag: Wein: Anzahl/Tag:



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

Welche **Nahrungsmittel** essen sie häufig?

	Nie	Selten	1x/Tag	Mehrmals täglich		Nie	Selten	1x/Tag	Mehrmals täglich
Milchprodukte					Fisch				
Süßigkeiten					Gemüse				
Weißmehl					Obst				
Kuchen					Nüsse				
Eier					Fertignahrung				
Zucker									
Fleisch									

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

.....

.....

Leben sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ja, welche?

.....

.....

Wurden Sie gestillt? Ja Nein

Natürliche Geburt Kaiserschnitt

Krankheitsgeschichte:

Chronologische Krankengeschichte: Erkrankungen, Operationen, Verletzungen seit der Kindheit:	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Naturheilpraxis Inge Förster

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin

Am Webereck 9, 87600 Kaufbeuren Tel. 08341 99 5 66 36

Handy 0151 2952 4729 www.heilpraxis-foerster.de

Anamnesebogen

<p>Infektionskrankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Masern<input type="checkbox"/> Mumps<input type="checkbox"/> Röteln<input type="checkbox"/> Ruhr<input type="checkbox"/> Keuchhusten<input type="checkbox"/> Windpocken<input type="checkbox"/> Tetanus<input type="checkbox"/> Scharlach<input type="checkbox"/> Kinderlähmung<input type="checkbox"/> Malaria<input type="checkbox"/> Salmonellen<input type="checkbox"/> Borreliose	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)<input type="checkbox"/> Tuberkulose<input type="checkbox"/> Syphilis<input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper).....
--	---

Narben, wo?

Sind sie oft erkältet? Ja Nein

Haben Sie noch weitere/andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen, wenn ja, welche?

.....

.....

Bei welchen Tätigkeiten fühlen sie sich im Alltag eingeschränkt?

.....

Das möchte ich noch mitteilen:

.....

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungs- oder Verhaltensgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern? Ja Nein

.....

Ort, Datum, Unterschrift