



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben in der nächsten Zeit einen Termin bei mir. Um mehr Zeit für Ihre Behandlung zu haben, bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und zum Termin mitzubringen oder ihn mir vorher per Post zu schicken.

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie sie so genau wie möglich. Natürlich werden alle durch Sie gegebenen Informationen streng vertraulich behandelt. Während des ersten Termins wird der Inhalt besprochen. Bei Platzmangel gerne die Rückseite mit verwenden.

Name:

Straße:

Wohnort:

Telefon

Festnetz/Handy: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____

Welches ist Ihre Muttersprache?

Größe: _____ Gewicht: _____ kg Familienstand: _____

Versicherung*:

gesetzlich; privat; Beihilfe; Zusatzversicherung/Heilpraktiker



Beruf/Tätigkeit:

Ausbildung(en):

Arbeiten Sie viel?

Arbeiten Sie gerne?

Brauchen Sie viel Abwechslung?

Sind Sie reiselustig?

Wie oft sind Sie umgezogen?

Kennen Sie das Phänomen, Sie fangen etwas an und bringen es nicht zu Ende?

Sind Sie begeisterungsfähig?

Sport, Freizeit, Hobby:

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig?

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?



Was ist Ihre Hauptbeschwerde?

Wann hat diese angefangen?

Besteht dazu bereits eine ärztliche Diagnose?

Welche Medikamente oder homöopathische Mittel nehmen Sie derzeit?

Haben Sie Schmerzen?

Stechend, brennend, ziehend, klopfend, drückend, schießend, bohrend,
reißend, dumpf, beengend, krampfend

Gibt es einen Rhythmus oder Muster in Ihren Beschwerden?

Haben Sie (weitere) chronische Erkrankungen?

Sind in Ihrer Familie chronische Erkrankungen bekannt?*



Herz-und Gefäßerkrankungen; Rheuma; Krebs; Diabetes mellitus;
Hautkrankheiten; Tuberkulose; Gonorrhoe (Tripper); Nervenleiden;
Psychische Erkrankungen;

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchlebt?*

Windpocken; Masern; Mumps; Keuchhusten; Röteln; Ringelröteln;
Sonstige;.....

Welche Impfungen haben Sie?*

Masern; Mumps; Windpocken; Röteln; Pocken; Tetanus; Keuchhusten;
Diphtherie; Hepatitis B; Meningokokken C; Gebärmutterhalskrebs (HPV);
Grippe (Influenza); Poliomyelitis (Kinderlähmung); Sonstige;.....

Hatte Sie irgendwann in ihrem Leben?*

Augenbindehautentzündung; einseitige Knieschmerzen; übel riechenden
Ausfluss; Blasenentzündung; oder fühlen sich immer ein wenig krank;

Leiden Sie unter?* massivem Nachtschweiß; unerklärlichem Fieber;
unbeabsichtigt massivem Gewichtsverlust
(mehr als zehn Prozent des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten)

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber?*

Kann ihr Körper schwitzen?

Haben Sie vermehrt Durst? Verspüren Sie manchmal Kribbeln oder
Taubheitsgefühle an Armen/Beinen?



Haben Sie manchmal Sehstörungen?*

Doppelbilder; Bildausfälle; Schleier; Wolken oder Farbsehen;.....

Waren Sie in den letzten fünf Jahren im Ausland? _____

Hatten Sie in den letzten Wochen einen Infekt / Entzündung?

Wie sind derzeit Ihre Sekrete?*

Gar keine; Borsten und Verkrustungen; gelblich-grünlich-rotbraun-klar;
dickflüssig-zäh; dünnflüssig; stinkend; brennend;

Hatten Sie als Kind: Milchschorf (ja/nein) Neurodermitis (ja/nein)?

Hatte Sie als Kind oder Erwachsener irgendwann:

Ekzeme in den Armbeugen (ja/nein)?

Lymphdrüenschwellung (ja/nein)?

Schilddrüsenprobleme oder (heiße/kalte) Knoten in der Schilddrüse
(Ja/nein)?

Grießkörnchen am Augenslid (Gersten-oder Hagelkorn), am Hals, am
Oberarm oder am Auge?

Und nun zum Endspurt, Sie haben es bald geschafft! 😊



Bitte die Punkte ankreuzen, die für Sie zutreffend sind.

Dabei steht „f“ für **früher** und „h“ für **heute**.

Wenn Sie Ihre aktuellen Beschwerden auch früher schon hatten, bitte beides ankreuzen.

Allgemein

(f / h) Kopfschmerzen:

Wo? _____

Wie häufig? _____

(f / h) Schwindel

(f / h) Gewichtsveränderungen:

Zunahme/Abnahme*

(f / h) Schlafstörungen

Magen und Darm

(f / h) Magenbeschwerden

(f / h) Stuhlgang verändert

(f / h) Blähungen

(f / h) Übelkeit/Sodbrennen

(f / h) Darmkrämpfe-entzündungen

(f / h) Leber-ober Gallenbeschwerden

Herz und Kreislauf

(f / h) hoher/niedriger Blutdruck*

(f / h) Aderverkalkung

(f / h) Herzrhythmusstörungen

(f / h) drückendes Gefühl auf Brust

(f / h) Krampfadern, Ödeme

Harnwege/ Samenweg

(f / h) Niereninfekte/-steine*

(f / h) Prostatabeschwerden

(f / h) Blasenentzündungen

Muskeln/Gelenke/Knochen

(f / h) Rückenschmerzen

(f / h) Nackenschmerzen

(f / h) Gelenkschmerzen/

(f / h) Muskelschmerzen

(f / h) Muskelkrämpfe

(f / h) Brüche / Abriss*

Atemwege / Sinnesorgane

(f / h) Ohrenentzündungen

Haut / Anhang

(f / h) Neigung zu blauen Flecken

(f / h) Haarausfall

(f / h) Narben, Verbrennungen

(f / h) brüchige Nägel

(f / h) Hautveränderungen

Gefühlsleben

(f / h) Nervosität/Überbesorgtheit*

(f / h) Traurigkeit/Depression*

(f / h) Wut/Aggression*

Bankverbindung: Volksbank SBH

IBAN : DE 14 6949 0000 0049 0786 25

BIC: GENODE 61 VS1



- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| (f / h) Geschlechtskrankheiten | (f / h) Konzentrationsschwäche |
| (f / h) Inkontinenz | (f / h) Angst |
| (f / h) Veränderung Urin/Libido* | (f / h) Lustlosigkeit |
| (f / h) Harnstau | (f / h) Schamgefühle |
| (f / h) Pendelhoden /Leistenbruch* | |

Sexualität

- (f / h) sexuell aktiv
- (f / h) feste sexuelle Beziehung
- (f / h) wechselnde Sexualkontakte
- (f / h) sexuelle Orientierung: hetero-; bi-; homosexuell orientiert*
- (f / h) Verhütung: Pille; Kondom; Sonstiges*
- (f / h) Sexualleben: normal; zufrieden; frustriert*

Frau

Schwanger JA/NEIN* _____

- (f / h) unerfüllter Kinderwunsch
- (f / h) Pille
- (f / h) Geburten; Frühgeburt; Totgeburt; Abort:*
- (f / h) schmerzhafte/unregelmäßige Menstruation*
- (f / h) Knoten in der Brust / geschwollene Lymphknoten*
- (f / h) prämenstruelles Syndrom (PMS)
- (f / h) Wechseljahrbeschwerden
- (f / h) Schilddrüse :Über-/Unterfunktion*
- (f / h) M. Basedow/ Hashimoto
- (f / h) Postmenopause JA/NEIN*

* Zutreffendes bitte unterstreichen, bei Platzmangel auch die Rückseite verwenden.

Benutzen Sie ein Handy? Ja/ Nein

Wo bewahren Sie das Handy auf?

Bankverbindung: Volksbank SBH
IBAN : DE 14 6949 0000 0049 0786 25
BIC: GENODE 61 VS1



Hosentasche, Brusttasche, Handtasche, neben dem Bett, Sonstiges

Haben Sie ein TV-Gerät in Ihrem Schlafzimmer? Ja/Nein

Haben Sie eine/ mehrere Allergien? Wenn ja, welche?

Hatten Sie bereits eine/ mehrere Operationen? Wenn ja, welche?

Gibt es Besonderheiten, z. Bsp. Herzschrittmacher, künstliche Gelenke oder Ähnliches?

Sie haben es geschafft!!!!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bankverbindung: Volksbank SBH
IBAN : DE 14 6949 0000 0049 0786 25
BIC: GENODE 61 VS1

Heilkundepraxis
Mühlenstr.7a
79877 Friedenweiler

Susanne Sidi Yacoub
Heilpraktikerin

mobil 0171 381 7690
E-Mail: info@hkpraxis-sidiyacoub.de
www.hkpraxis-sidiyacoub.de



Falls Sie noch Sonstiges anzumerken haben, finden Sie im Anschluss noch Platz.

Bitte bringen Sie zum ersten Termin alle Medikamente / homöopathischen Mittel, Nahrungsergänzungsmittel etc. mit, die Sie *regelmäßig* einnehmen!

Ich wünsche Ihnen eine erfolgreiche Therapie!



Juli 2016, Susanne Sidi Yacoub

Bankverbindung: Volksbank SBH
IBAN : DE 14 6949 0000 0049 0786 25
BIC: GENODE 61 VS1