

Anamnese-Fragebogen

© Akademie Cellsymbiosistherapie

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname	Name	
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Telefon	Mobil	Fax
Geburtstag	Geburtsort	Geburtszeit
Körpergröße / Gewicht	Beruf	

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:	Intensität:
2.	seit:	Intensität:
3.	seit:	Intensität:
4.	seit:	Intensität:
5.	seit:	Intensität:
6.	seit:	Intensität:
7.	seit:	Intensität:
8.	seit:	Intensität:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge
 andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Chronologische Krankengeschichte:

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | | |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | | |

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | |

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> andere: |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
 Krämpfe
 Unruhe
 Schlaflosigkeit
 Verhaltensveränderungen

Emotionales

- Haben Sie Existenzängste? ja nein
- Liegen Beziehungskonflikte vor? ja nein
- Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend? ja nein
- Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
- Liegen Schlafstörungen vor? ja nein
- Können Sie sich an Ihre Träume erinnern? ja nein
- Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden? ja nein
- Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch? ja nein
- Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen? ja nein
- Können Sie NEIN sagen? ja nein
- Haben Sie oft Schuldgefühle? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein

An welchem Körperteil: _____

- kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ja nein

- kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker |
| <input type="checkbox"/> Nüsse | <input type="checkbox"/> Biokost |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein
wenn ja welche:

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja nein

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein

Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und 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

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- Konventionelle Haushaltsreiniger
- Biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
- elektrische Geräte im Standby-Modus
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wie viel Uhr: _____
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- lebhaftere Träume

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
- Stirn-Augen-Schläfenregion
- Hinterhauptregion
- morgens
- abends
- halbseitig
- links rechts
- doppelseitig
- wandernd von links nach rechts
- wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

- Haarausfall
- kreisrund
- vereinzelt
- seit wann: _____

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit: _____

Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- Mittelohrentzündungen
- schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf
- heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja, ohne Ausleitung
- ja, mit Ausleitung
- nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
- Gold
- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Allergien auf: _____

- behinderte Nasenatmung

- Nase verstopft

Absonderungen:

- wässrig schleimig
- eitrig grünlich
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust • Bauch • Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen
- Bluthochdruck

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
- häufig:

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Geruch nach:

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- riecht nach:
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme • Beine • Rücken • Haut

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

- Biokosmetik

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- Ausfluss
- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche
- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten, Anzahl: _____
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

Menses

- Wann war die erste Menses?
- Wann die letzte?
- Blutungen sind
- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt wird.

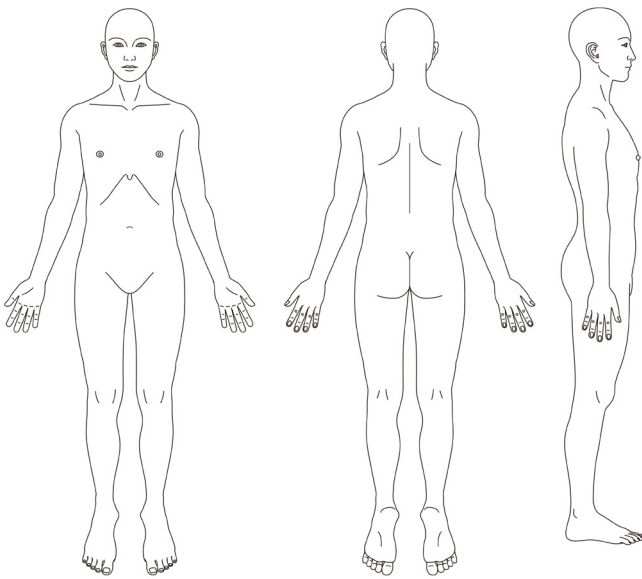
Datum

Unterschrift

Zahnschema

1											2							
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
I																	II	
IV																	III	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
	4								3									

Körperschema



PR-Messung (Verlaufskontrolle)

Datum	systolisch/diastolisch in mm HG	Besonderheiten