

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|-----|------|-----|-------------|------|
| AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft | UV*) |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | |
| geb. am | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Naturheilpraxis Brandenburg

Josef Hubert Brandenburg

Heilpraktiker und Buchautor

Schwerpunkt: Cellsymbiosistherapie® nach Dr. med. Heinrich Kremer, zertifiziert durch die Akademie für

Cellsymbiosistherapie® nach Dr. med. Heinrich Kremer

Altstraße 23

52066 Aachen

Telefon : (0241) 40107282

Telefax : (0241) 40107281

E-Mail: praxis@naturheilpraxis-brandenburg.de

Website : www.heilpraktiker-brandenburg.de



Internet

Anamnesefrage : **Antwort :**

01 Allgemein

Straße + Hausnummer:

PLZ und Ort:

Telefon incl. Vorwahl:

E-Mail:

Geburtstag:

Geburtsort:

Geburtszeit:

Größe:

Gewicht:

Krankenkasse:

Was ist der Anlass Ihres Praxisbesuches?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Wann traten die Symptome das erste Mal auf?

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|---|--|
| In welchem Schema treten die Beschwerden auf? | regelmäßig [] unregelmäßig [] zeitweise [] permanent [] tagsüber [] nachts [] nach dem Essen [] bei Bewegung [] auch im Ruhezustand [] |
| Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? | Kälte [] Wärme [] Ruhe [] Stress [] Hunger [] Essen [] Körperhaltung [] Bewegung [] |
| Was ereignete sich unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden? | Nichts Außergewöhnliches [] Eine Erkrankung [] Kummer [] Trauer [] Schock [] Operation [] Hautausschläge [] Eine Änderung der Körpertemperatur [] |
| Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung? | Ja [] Nein [] |
| Wie lautet der vollständige Name des Arztes bzw. Facharztes? | |
| Existieren hierzu Befundberichte, Bescheinigungen, Laborberichte oder radiologische Berichte? Bitte alle Berichte beilegen! | Ja [] Nein [] |
| Welche Impfungen haben Sie erhalten? Bitte eine Kopie des Impfausweises beilegen! | |
| Gab es Reaktionen auf die Impfungen? wenn ja, welche? | Ja [] Nein [] |
| Wann waren Sie in den letzten Jahren in Urlaub und wo? | |
| War Ihre Geburt eine natürliche? | Ja [] Nein [] |
| Wurden Sie gestillt? | Ja [] Nein [] |
| Schulbildung: | |
| Beruf: | |
| Seit wann sind Sie im Beruf? | |

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|--|---|
| Seit wann sind Sie in Rente? | |
| Wie zufrieden sind Sie mit der momentanen Lebenssituation auf einer Skala von 0-10(0-sehr unzufrieden, 10-sehr zufrieden)? | |
| Wie fühlen Sie sich energiemäßig auf einer Skala von 0-10(0-sehr schlecht, 10-sehr gut)? | |
| Wie hoch ist Ihre momentane Stressbelastung? | sehr hoch [] hoch [] niedrig [] sehr niedrig [] |
| Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0-10? | |
| Sind Sie glücklich? | Ja [] Nein [] |
| War das Gewicht in den letzten Monaten stabil? | Ja [] Nein [] |
| Waren Sie schon einmal bei einem Heilpraktiker? | Ja [] Nein [] |
| Wie war der Erfolg? | sehr gut [] gut [] mäßig [] schlecht [] sehr schlecht [] |
| Was ist Ihr Therapieziel? | |
| Haben Sie einen Partner und wie ist das Verhältnis? | |
| 02 Eigene Erkrankungen | |
| Unter welchen akuten Beschwerden bzw. Krankheiten leiden Sie und seit wann? | |
| Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit. Geben Sie bitte die Intensität auf einer Skala von 0-10 an. | |
| Wo sind die Beschwerden/Schmerzen lokalisiert? | |

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|--|---|
| Wie häufig treten die Beschwerden auf? | <input type="checkbox"/> einmal am Tag [] <input type="checkbox"/> mehrmals täglich [] <input type="checkbox"/> ständig [] <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich [] <input type="checkbox"/> mehrfach in der Woche [] <input type="checkbox"/> einmal im Monat [] <input type="checkbox"/> mehrfach im Monat [] <input type="checkbox"/> sporadisch [] |
| Wie sind die Schmerzen? | <input type="checkbox"/> stechend [] <input type="checkbox"/> pochend [] <input type="checkbox"/> bohrend [] <input type="checkbox"/> ziehend [] <input type="checkbox"/> brennend [] <input type="checkbox"/> dumpf [] |
| Wurden die Beschwerden schon einmal behandelt? | <input type="checkbox"/> Ja [] <input type="checkbox"/> Nein [] |
| Waren Sie mit den aktuellen Beschwerden schon einmal in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja [] <input type="checkbox"/> Nein [] |
| Wie wurden die Beschwerden behandelt und von wem? | |
| Wodurch verschlechtern sich die Beschwerden? | |
| Wodurch verbessern sich die Beschwerden? | |
| Was ist dem Auftreten der Beschwerden vorausgegangen? | <input type="checkbox"/> traumatisches Erlebnis [] <input type="checkbox"/> Trauerfall [] <input type="checkbox"/> Operation [] <input type="checkbox"/> Erkrankung [] <input type="checkbox"/> Hautausschlag [] <input type="checkbox"/> Mobbing [] <input type="checkbox"/> sonstiges: [] |
| Leiden Sie unter allergischen Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Ja [] <input type="checkbox"/> Nein [] |
| Bestehen bekannte, ärztlich diagnostizierte Allergien? | <input type="checkbox"/> Ja [] <input type="checkbox"/> Nein [] |
| Unter welchen allergischen Beschwerden bzw. bekannten Allergien leiden Sie? | |

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|--|---|
| Welche Infektionskrankheit haben Sie durchgemacht? | Gonorrhoe(Tripper) [] Herpes Zoster(Gürtelrose) [] Kinderlähmung [] Masern [] Mumps [] Pfeiffersches Drüsenfieber [] Keuchhusten [] Malaria [] Röteln [] Ruhr [] Scharlach [] Salmonellose [] Tetanus [] Syphilis [] Tropenkrankheiten [] Tuberkulose [] Windpocken [] Hepatitis A [] Hepatitis B [] |
| Wurden Sie schon einmal operiert? | Nein [] Blinddarmoperation [] Mandeloperation [] Nasenpolypen [] sonstige Operationen [] |
| sonstige Operationen: | |
| Haben Sie Diabetes? | Nein [] Diabetes Typ I [] Diabetes Typ II [] |
| Haben Sie Bluthochdruck | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie eine Schilddrüsenfunktionsstörung? | Nein [] Schilddrüsenüberfunktion [] Schilddrüsenunterfunktion [] |
| Sind Ihre Blutfette erhöht? | Ja [] Nein [] |
| Ist eine Erhöhung der Harnsäurewerte bekannt? | Ja [] Nein [] |
| Hatten Sie schon einmal einen Gichtanfall? | Ja [] Nein [] |
| Liegen andere, seltenere Stoffwechselerkrankungen vor? Und wenn ja welche? | |
| Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, was für eine? | |
| Haben Sie eine Lactoseintoleranz? | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie eine Glutenintoleranz? | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie eine Fruktoseintoleranz? | Ja [] Nein [] |

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|---|--|
| Haben Sie Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten? | |
| Wie häufig im Jahr haben Sie Erkältungskrankheiten? | |
| Sind Ohrgeräusche/Tinnitus vorhanden? | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie Asthma? | Ja [] Nein [] |
| Hatten Sie schon einmal einen Anaphylaktischen Schock? | Ja [] Nein [] |
| Haben oder hatten Sie häufig Nierenbecken- bzw. Blasenentzündungen? | Ja [] Nein [] |
| 03 Familienerkrankungen | |
| Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie schon einmal aufgetreten? | Erleiden [] Krebs [] Depressionen [] Schizophrenie [] Epilepsie [] Asthma [] Gefäßerkrankungen [] Schilddrüsenerkrankungen [] Rheumatismus [] Gicht [] Multiple Sklerose [] |
| Sind diese Erkrankungen in Ihrer Familie schon einmal aufgetreten? | Bluthochdruck [] Allergien [] Neurodermitis [] Tuberkulose [] Geschlechtskrankheiten [] Herzinfarkt [] Schlaganfall [] Diabetes [] Nierensteine [] Gallensteine [] Schuppenflechte [] |
| 04 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme | |
| Wieviel und was trinken Sie am Tag? | |
| Was essen Sie? | Milchprodukte [] Süßigkeiten [] Zucker [] Zuckerersatzstoffe [] Weißmehlprodukte [] Eier [] Nüsse [] Rohkost [] |

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|--|---|
| Sind Sie Vegetarier? | Ja [] Nein [] |
| Sind Sie Veganer? | Ja [] Nein [] |
| Ernähren Sie sich nach sonstigen Ernährungsrichtlinien? | Ja [] Nein [] |
| Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern? | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie Sodbrennen? | Ja [] Nein [] |
| Trinken Sie Alkohol? Und wenn ja, wie häufig? | Ja [] Nein [] |
| Was für Alkohol trinken Sie? | |
| 05 Stuhlgang und Urin | |
| Wie häufig haben Sie Stuhlgang? | mehrmals täglich [] einmal täglich [] einmal alle ... Tage [] einmal wöchentlich [] |
| Wie ist die Konsistenz des Stuhlgangs? | geformt [] breiig [] klebrig(es bleiben Spuren in der Kloschüssel zurück) [] wässrig [] wechselhaft [] |
| Leiden Sie unter Obstipation (Verstopfung)? | Ja [] Nein [] |
| Leiden Sie unter Blähungen? | Ja [] Nein [] |
| Bestehen Schwierigkeiten den Darm komplett zu entleeren und wenn ja welche? | Ja [] Nein [] |
| Bestehen Schwierigkeiten die Blase komplett zu entleeren und wenn ja welche? | Ja [] Nein [] |
| Leiden Sie unter Durchfällen? | Ja [] Nein [] |
| 06 Frauen | |
| Regelblutung vorhanden? | Ja [] Nein [] |
| Wann war die letzte Regelblutung? | |
| Ist der Zyklus regelmäßig? | Ja [] Nein [] |
| Sind Sie schwanger? | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie vor kurzem entbunden? | Ja [] Nein [] |
| Stillen Sie? | Ja [] Nein [] |

| Anamnesefrage : | Antwort : |
|--|--|
| 07 Männer | |
| Haben Sie Prostatabeschwerden? | Ja [] Nein [] |
| Wie häufig müssen sie des Nachts Wasser lassen? | |
| 08 Kinder | |
| Wieviele Kinder haben Sie und welches Geschlecht haben diese? | |
| Erkrankungen der Kinder? | |
| Alter der Kinder? | |
| 09 Geschwister | |
| Wieviele Geschwister haben Sie? | |
| 10 Eltern | |
| Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern? | |
| 11 Schlaf | |
| Ist Ihr Schlaf erholsam? | Ja [] Nein [] |
| Träumen Sie und können Sie sich an Ihren letzten Traum erinnern? | Ja [] Nein [] |
| Wieviele Stunden schlafen Sie? | |
| Wann gehen Sie zu Bett? | |
| Bestehen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? | Ja [] Nein [] |
| 12 Sonstiges | |
| Leiden Sie unter Haarausfall? | Ja [] Nein [] |
| Haben Sie häufiger Bindehautentzündungen? | Ja [] Nein [] |
| Sind Sie fehlsichtig? | kurzsichtig [] weitsichtig [] nein [] |
| Haben Sie privat oder im Berufsumfeld einen Laserdrucker? | privat [] beruflich [] nein [] |

Anamnesefrage :**Antwort :**

Haben Sie Haustiere und wenn ja was für welche?

Sind Sie Raucher und wenn ja wieviele Zigaretten etc. rauchen Sie pro Tag?

Seit wann rauchen Sie?

13 Zähne

Haben Sie Zahnfüllungen und aus welchem Material sind diese?

Haben Sie Zahnkronen und aus welchem Material sind diese?

Haben Sie Zahnbrücken und aus welchem Material sind diese?

Haben Sie Stifzähne und aus welchem Material sind diese?

Haben Sie Zahnimplantate und aus welchem Material sind diese?

14 Wohnumgebung

Baujahr des Wohnhauses?

Wann wurde das Wohnhaus zuletzt saniert?

Wann sind Sie zuletzt umgezogen und wie lange haben Sie in der vorherigen Wohnumgebung gewohnt?

15 Hobbys und Sport

Welche Hobbys betreiben Sie und wie häufig in der Woche?

Treiben Sie Sport und wenn ja welchen?

Wie lang ist jede Sporteinheit?

16 Elektrosmog

Haben Sie zu Hause oder am Arbeitsplatz folgende Dinge?

Funktelefon(DECT) []
 Handy []
 Handymast in der Nähe []
 WLAN-Router []
 Mikrowelle []
 Wasserbett []
 Hochspannungsleitungen/Masten
 in der Nähe []
 Transformatorhäuschen in der
 Nähe []
 Umspannwerk in der Nähe []

Haben Sie auf dem Nachttisch oder in der Nähe Ihres Schlafplatzes folgendes?

Funkwecker []
 Radiowecker []
 elektrisches Bett []
 Sicherungskasten []
 Lampe []

17 Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel

Welche Medikamente und in welcher Dosierung nehmen Sie diese ein? Seit wann?

Welche Nahrungsergänzungsmittel und in welcher Dosierung nehmen Sie diese ein?

Nehmen Sie die Pille und wenn ja welches Präparat?

Nehmen Sie Johanneskraut ein? Ja []
 Nein []

Nehmen Sie Abführmittel ein und wenn ja welche?

Nehmen Sie Diätpillen ein und wenn ja welche?

Nehmen Sie Schmerzmittel ein und wenn ja welche?

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie Drogen schon einmal konsumiert? Wenn ja welche?

Wurde schon einmal mit Antibiotika behandelt und wenn ja mit welchem und wann zuletzt?

Dieser Fragebogen dient der therapeutischen Dokumentationspflicht und wurde maschinell erstellt. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und ausführlich. Bitte schreiben Sie deutlich!