



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Anamnesebogen:

Name Geburtstag

Vorname Geburtsort

Straße Geburtszeit

PLZ/Ort Tel. privat

Geschwister Tel. geschäftl.

Fax E-Mail

Wer hat mich empfohlen?

Versicherung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten und Ausfüllen dieses Fragebogens. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen; Sie können jedoch auch gerne ergänzende Worte zum Krankheitsverlauf oder zur Krankengeschichte aufschreiben. Für eine homöopathische Anamnese sind alle Einflüsse von Bedeutung, z.B. was bessert sich, was verschlechtert sich, wann erstmalig aufgetreten usw. Auch wenn etwas für Sie noch so unwichtig erscheint, erwähnen Sie es bitte.

Bitte bringen Sie folgende Dinge mit:

- Alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern sie nicht älter als 12 Monate sind)
- Impfpass
- Diesen ausgefüllten Anamnesebogen
- Beipackzettel der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen
- Patientenvereinbarung
- Ein Photo

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und das mir entgegen gebrachte Vertrauen!



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessern oder verschlechtern diese sich)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Ärger, Sorgen, Unfall, usw.)

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche? (Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit)

Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika und/oder Cortison eingenommen?
(Wenn ja, warum?)

Ja, _____
Nein



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Gefäßkrankheiten, Allergien, Krebs, Übergewicht, Zuckerkrankheiten, Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht, usw.)

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit)

Hat es Reaktionen auf die Impfungen gegeben? (z.B. Fieber, Hautveränderungen, Magen-Darm-Beschwerden, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, usw.)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, usw.)

Gibt es Allergien? (Wenn ja, welche?)

Ja, _____
Nein



Naturheilpraxis im Jungborn
Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg
Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63
Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Kopf (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, usw.)

Augen (z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Kurz-/Weitsichtigkeit, usw.)

Nase (Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw.)

Ohren (z.B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, usw.)

Mund (z.B. Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten, usw.)

Zähne (z.B. Zahnbeschwerden, Amalganfüllungen, tote Zähne, Kunststoffe, Gold, Keramik, usw.)

Hals (z.B. Mandelentzündung, Mandel-OP, usw.)

Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Druck-/Kloßgefühl, usw.)



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Lunge (z.B. häufiges Husten, Bronchitis, Schmerzen, Auswurf, Asthma, usw.)

Herz (z.B. Druckgefühl, Stechen, Brennen, Beklemmungen, Infarkt, Angina pectoris, usw.)

Leber – Galle (z.B. Druck/Völlegefühl im rechten Oberbauch, Gallensteine, Gallenblasenentzündung, Hepatitis, Fettverträglichkeit, usw.)

Bewegungsapparat (z.B. Stechen, Ziehen, Steifigkeit, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Krämpfe, kalte Hände/Füße, Gelenksbeschwerden, Krampfadern, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Rheuma, usw.)

Rücken (z.B. Hexenschuss, Ischias, Verspannungen, Wirbelsäulenveränderungen, usw.)

Magen-Darm-Trakt (z.B. Aufstoßen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Blähungen, Koliken, Verstopfungen, Durchfall, Hämorrhoiden, usw.)

Stuhlgang (z.B. hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, blutig, übelriechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, bleistiftdünn, wässrig, schmerzhaft, usw.)

jeden_____Tag

täglich



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Urogenitaltrakt (z.B. Stechen, Brennen, Juckreiz, Schmerzen, Entzündungen, usw.)

Gynäkologie (z.B. Ausfluss, Eierstockentzündung, Zysten, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Tumore, Operationen, Fehlgeburten, Ausschabungen, Wechseljahresbeschwerden, usw.)

Menses (z.B. stark, schwach, kurz, lang, hell, dunkel, braun, klumpig, schmerzhaft vor oder während der Menstruation, Abstand der Regelblutungen)

Wann war die erste Regelblutung? _____

Wann war die letzte Regelblutung? _____

Wie verhüten Sie? _____

Sexualität (z.B. vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Verkehr, usw.)

Prostata (z.B. Vergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, Brennen, „Nachträufeln“, Entzündungen, usw.)

Haut (z.B. trocken, fettig, Rötungen, Brennen, Juckreiz, Akne, Ekzeme, Herpes, Warzen, Allergien, Neurodermitis, Narben, Pilze, Geschwüre, usw.)



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Haare (z.B. Haarwuchs schnell/langsam, Haarausfall, usw.)

Nägel (z.B. fleckig, spröde, gerillt, weisse Flecken, usw.)

Schlaf (z.B. Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Alpträume, Zähneknirschen, Nachtschweiß, usw.)

Schlaflage (z.B. Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt, Hände über dem Kopf, usw.)

Appetit (z.B. keinen, wenig, viel, Heißhunger, usw.)

Nahrungsmittelverlangen (z.B. nach Süßem, Saurem, Salzigem, Fett, Getränken, Lebensmitteln, usw.)

Nahrungsmittelabneigung

(z.B. gegen Süßes, Saures, Salziges, Fett, Getränke, Lebensmittel, usw.)



Naturheilpraxis im Jungborn
Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin
Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg
Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63
Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Durst (z.B. keinen, viel, wenig, auf Kaltes, auf Heißes, usw.)

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? Wie oft?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Geschmack (z.B. süß, Sauer, salzig, fade, bitter, metallisch, usw.)

Schweiß (z.B. kalt, warm, Geruch, bestimmte Körperstellen, usw.)

Temperaturempfinden (z.B. frostig, kalt, warm, hitzig, usw.)



Naturheilpraxis im Jungborn

Sabine Kiel-Schrader, Heilpraktikerin

Klassische Homöopathie

Jungborn 14a, 22926 Ahrensburg

Tel 04102 / 49 89 67, Fax 04102 / 47 34 63

Mail: info@Naturheilpraxis-Jungborn.de, www.Naturheilpraxis-Jungborn.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben haben. Ich werde stets bemüht sein, Ihren Wünschen und Bedürfnissen nachzukommen und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Vorab noch einige Informationen zu Ihrer freundlichen Kenntnisnahme:

In meiner Praxis werden Termine nach dem Bestellsystem vergeben. Da ich mir für Sie genügend Zeit lassen will, sind Ihre Termine ausschließlich für Sie reserviert. Deshalb ist ein Termin bei Verhinderung spätestens 24 Stunden zuvor telefonisch abzusagen. Andernfalls erlaube ich mir, Ihnen das Behandlungshonorar in Rechnung zu stellen.

Auch möchte ich darauf hinweisen, dass einige meiner Diagnose- und Behandlungsmethoden nicht Bestandteil der leider stark veralteten Gebührenordnung für Heilpraktiker sind, dennoch erklären Sie sich bereit, mein Honorar zu bezahlen, unabhängig von der vollständigen Erstattung durch Ihre Versicherung oder Beihilfe. Bitte sehen Sie dies als sinnvolle Investition in Ihre Gesundheit.

Bitte bringen Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben zum vereinbarten Termin mit.

Vorname _____

Name _____

Unterschrift _____