

anamnese-fragebogen

in der naturheilkunde ist die gründliche erhebung des gesundheitszustandes von großer bedeutung.

der behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche verbindungen und ursachen für gesundheitsstörungen zu ergründen.

daher bin ich auf ihre aktive mithilfe angewiesen. je genauer und umfassender ihre informationen sind, um so besser kann ich mich auf sie vorbereiten und diagnostizieren. bringen sie bitte auch sämtliche befunde und unterlagen mit, die in der letzten zeit bei ihnen erhoben worden sind.

bitte füllen Sie den fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten termin mit.

bitte nehmen sie sich genug zeit dafür.

name		vorname	
geburtsdatum	geburtsort	größe/gewicht	
beruf			
straße			nr
telefon	plz / ort		
telefon	mobil	email	

naturheilpraxis laila

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?

naturheilpraxis laila

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?

Milchprodukte Süßigkeiten
 Weißmehlprodukte Kuchen
 Eier Zucker
 Nüsse 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

naturheilpraxis laila

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
- lebhaft 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

naturheilpraxis laila, heilpraktikerin laila boudih
am scheidweg 96, 50765 köln
telefon 0178 21 11 72 8 fax 0221 – 82 82 43 51

www.naturheilpraxis-laila.com email info@naturheilpraxis-laila.com
deutsche apotheke und ärztebank köln, konto nr. 0004946103 blz 300 606 01

naturheilpraxis laila

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

Arme • Beine • Rücken • Haut

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

Beine

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

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
- g
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

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 den akten meiner heilpraktikerin laial boudih verbleibt.

naturheilpraxis laila

Datum

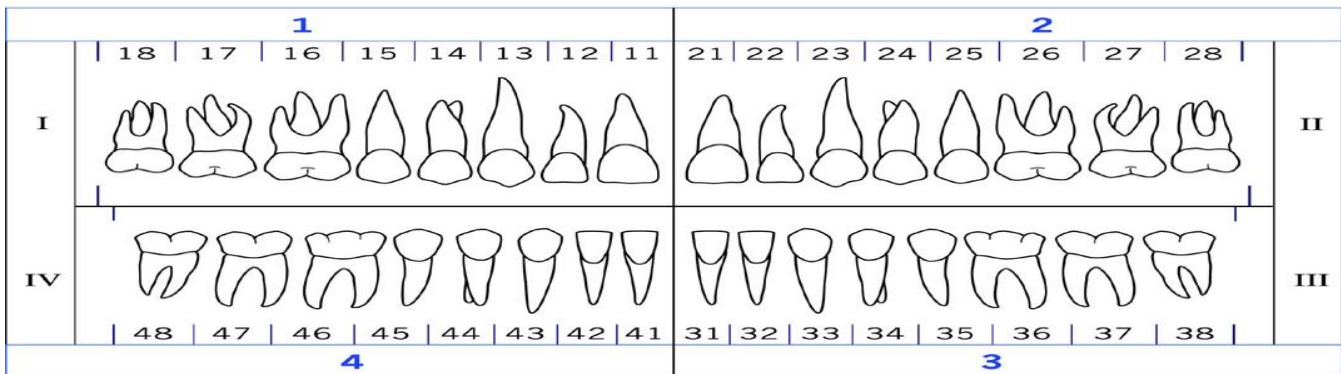
Unterschrift

naturheilpraxis laila, heilpraktikerin laila boudih
am scheidweg 96, 50765 köln
telefon 0178 21 11 72 8 fax 0221 – 82 82 43 51
www.naturheilpraxis-laila.com email info@naturheilpraxis-laila.com
deutsche apotheker und ärztebank köln, konto nr. 0004946103 blz 300 606 01

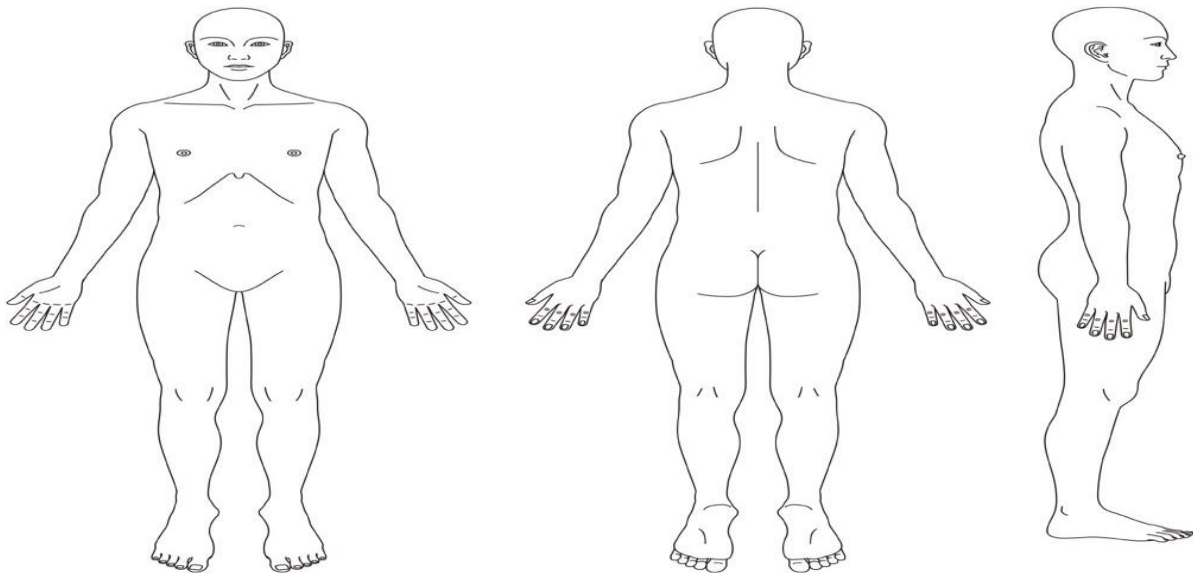
naturheilpraxis laila

Vom Therapeuten auszufüllen!

Zahnschema



Körperschema



PR-Messung (Verlaufskontrolle)

Datum	systolisch/diastolisch in mm HG	Besonderheiten