

# 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
Geburtsstag	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?

## Krankheitsgeschichte

### 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"/> Gefäßkrankungen    | <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 Elektromog-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.

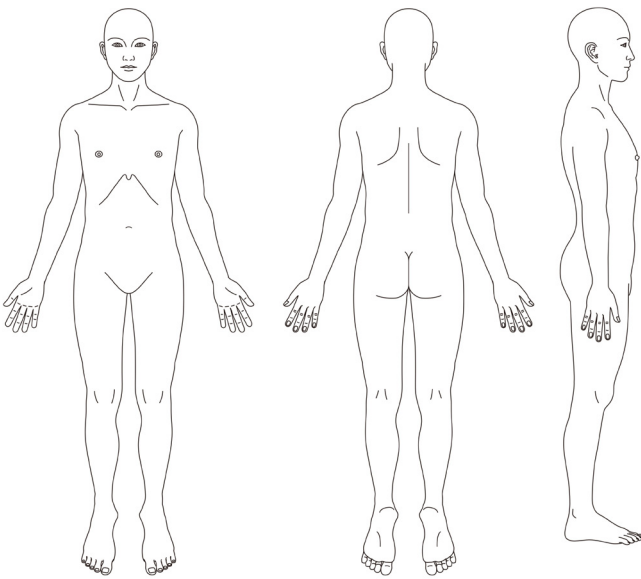
Datum

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