



Talstr. 40 | 74235 Erlenbach



Tel. 0152 25 96 13 63



nina@yourlifespirt.de | www.yourlifespirt.de



Heilpraktikerin

Nina Landwehr

Osteopathie · Naturheilkunde · Coaching

## Anamnese-Fragebogen

Fülle den Fragebogen genau aus und bringe ihn zum ersten Termin mit. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen oder beschreibe es mit eigenen Worten. Bitte nehme Dir ausreichend Zeit zur Beantwortung.

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
Telefon

.....  
Mobil

.....  
E-Mail

.....  
Geburtstag

.....  
Geburtszeit\*

.....  
Geburtsort

.....  
Geburtsland

.....  
Körpergröße

.....  
Gewicht

Rechtshänder

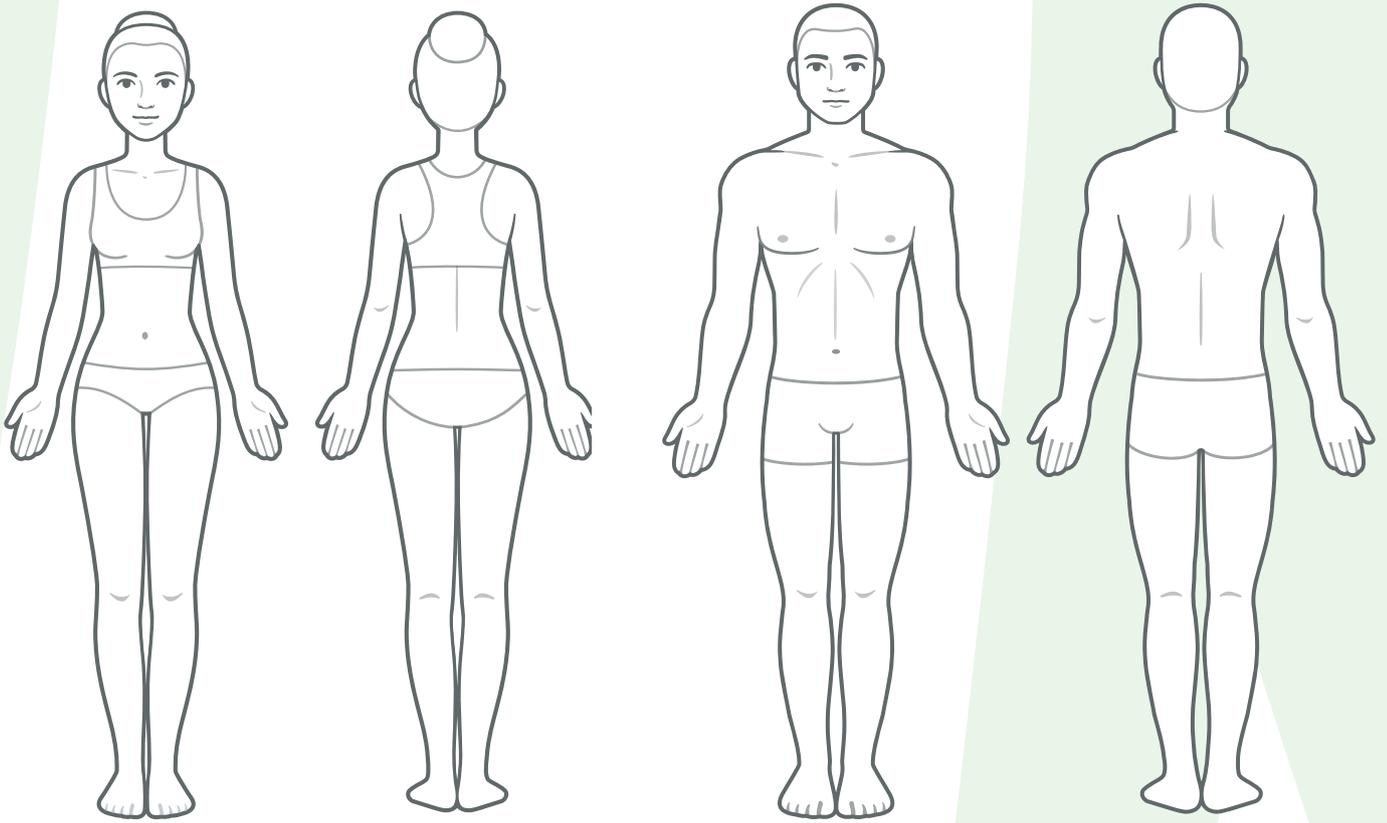
Linkshänder

.....  
Beruf

\* Solltest Du Deine Geburtszeit nicht wissen, kannst Du diese auf dem Standesamt Deines Geburtsortes erfahren.

# Akute Beschwerden

An welchen Körperstellen hast Du akute Beschwerden? Bitte einfach intuitiv markieren.



Unter welchen akuten Beschwerden leidest Du und seit wann? Ordne die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit und kreuze die Schmerzskala an (0 = wenig Schmerzen / 10 = starke Schmerzen).

1. ....

.....  
.....  
..... Seit wann: ..... Schmerzskala: 

2. ....

.....  
.....  
..... Seit wann: ..... Schmerzskala: 

3. ....

.....  
.....  
..... Seit wann: ..... Schmerzskala: 

4. ....

.....  
.....  
..... Seit wann: ..... Schmerzskala: 

# Akute Beschwerden

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Deiner jetzigen Beschwerden?

- Erkrankung       Kummer       Trauer       Schreck       Operationen       Hautausschläge

.....  
Andere

Welche Behandlungen hast Du gegen die Beschwerden bereits bekommen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nimmst Du zur Zeit ein?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker hast Du bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Was erwartest Du von meiner Behandlung?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# Allgemeine Symptome

- mangelnde Konzentration       ich bin müde und erschöpft       ich bin verstärkt reizbar       ich habe Ängste / Schuldgefühle / Konflikte
- ich schwitze sehr schnell       ich schwitze in der Nacht       kalter Schweiß       warmer Schweiß
- An welchem Körperteil? .....
- ich friere sehr schnell       kalte Füße       kalte Hände
- Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?       sehr belastbar       mäßig belastbar       gar nicht belastbar

## Kopf

### Leidest Du unter Kopfschmerzen?

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

Auslöser der Kopfschmerzen:

.....

Was verbessert:      Was verschlechtert:

.....

### Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- behinderte Nasenatmung
- Nase verstopft

#### Absonderungen:

- wässrig schleimig
- eitrig grünlich

### Ohren

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

### Augen

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

### Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

### Schilddrüse

- Überfunktion       Unterfunktion
- Vergrößerung       Operation

### Leidest Du unter Haarausfall?

- ja.
- seit: .....
- kreisrunder Haarausfall
- vereinzelter Haarausfall

# Zähne / Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Parodontose / Parodontitis
- Tote Zähne

## Empfindliche Zähne auf

- heiß
- kalt

## Wurden bei Dir Amalgamfüllungen entfernt?

- ja
- nein

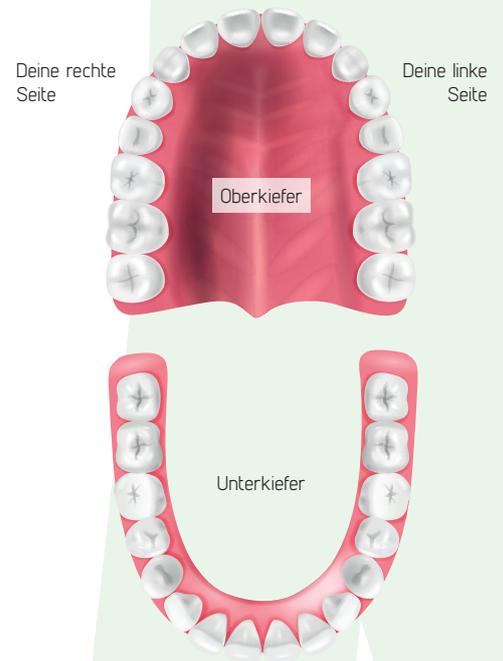
## Zahnfüllmaterialien

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

## Kiefergelenke

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Bitte markiere behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



# Gynäkologischer / Urologischer Bereich

## Sexualität

- erfüllt
- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Frau

### Ausfluss

- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten / wieviele: .....
- Geburten / wieviele: .....
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

## Wann war die erste Menstruation?

.....

## Wann war die letzte Menstruation?

.....

## Verhütungsmaßnahmen

- keine
- Antibabypille
- Spirale
- Hormonspritze
- andere: .....

## Blutungen sind

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

## Geschlechtskrankheiten

- ja
- wenn ja, welche: .....

## Mann

### Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden
- beim Wasserlassen

### Urologisch

- Sterilisation
- Erektionsprobleme

## Geschlechtskrankheiten

- ja
- wenn ja, welche: .....

# Körper und Organfunktionen

## Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

## Beine

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

## Haut / Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen

## Allergien auf:

## Allergiesymptome

- laufende Nase
- verstopfte Nase
- tränende und juckende Augen
- brennende und geschwollene Augen
- Niesreiz / häufiges Niesen
- Husten
- Atembeschwerden
- Juckreiz und Rötung der Haut
- Hautausschlag / Quaddeln

## Nahrungsmittel-Allergien auf:

---

---

---

## Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma
- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myogelosen

## Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rythmusstörungen

## Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

## Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

## Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

## Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

## Niere / Blase

- Nierensteine
  - Entzündungen
- häufig: .....

## Galle

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

## Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten

Geruch nach: .....

## Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

## 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

# Lebensweise

Treibst Du regelmäßig Sport?  ja  nein Wenn ja, welchen Sport: ..... Zeit pro Woche: .....

Ist Dein Schlaf- und Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektromog. Geopathie. Umwelttoxine)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Wie ist Deine Wohnung beschaffen?  Funkmasten in der Nähe  Teppichböden  Bäche, Flüsse in der Nähe  
 Überlandleitung / Bahnstrom in der Nähe  Mikrowelle  Schimmelpilzbelastung  
 Antiquitäten / Holzschutzmittel  Ledermöbel

Wie ist Dein Schlafplatz eingerichtet?  schnurlose Telefone/Internet  elektrische Geräte standby  Wasserbett  eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Dein Schlaf?  Schlaflosigkeit  häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: .....  
 nächtliches Wasserlassen, Wie oft: .....  
 Schwierigkeiten beim Einschlafen  
 Unruhe in den Beinen  
 Sprechen im Schlaf  
 Nachtschweiß  heiße Füße  
 Zähneknirschen  Lebhaftige Träume

Wieviel Liter trinkst Du täglich?  unter 500ml  unter 1 Liter  ca. 1 - 2 Liter  über 2 Liter

Was trinkst Du?  Wasser ohne Kohlensäure  Tee  
 Wasser mit Kohlensäure  Milch  
 Fruchtsäfte  Bier  
 Softdrinks  Wein  
 Kaffee

## Essgewohnheiten

| Welche Nahrungsmittel isst Du wie häufig? | nie | selten | 1 x pro Tag | mehrmals täglich |
|---|-----|--------|-------------|------------------|
| Milchprodukte                             |     |        |             |                  |
| Süßigkeiten                               |     |        |             |                  |
| Weißmehlprodukte                          |     |        |             |                  |
| Kuchen                                    |     |        |             |                  |
| Eier                                      |     |        |             |                  |
| Zucker                                    |     |        |             |                  |
| Fleisch                                   |     |        |             |                  |
| Fisch                                     |     |        |             |                  |
| Gemüse                                    |     |        |             |                  |
| Obst                                      |     |        |             |                  |
| Nüsse                                     |     |        |             |                  |

Auf welche Lebensmittel kannst Du nur schwer verzichten?

.....

Lebst Du nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?  ja  nein Machst Du Intervallfasten?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

Bist Du Raucher?  ja  nein Wurdest Du gestillt?  ja  nein

War Deine Geburt eine natürliche?  ja  nein

Bist Du bereit, Deine Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?  ja  nein

