



Wolf-Dieter Plaßmann

Praxis für Neurointegrative Medizin und ganzheitliche Therapie

Anamnese-Fragebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

für eine exakte Einschätzung Ihrer Erkrankung benötigen wir die folgenden Informationen von Ihnen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und genau aus. Bei einigen Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht

Name _____

Vorname _____

Diese umfangreiche Befragung dient Ihrer Gesundheit!

Moers, den _____

Unterschrift

-Beschwerden-

Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits unternommen?

Wie war der Erfolg dieser Behandlungen?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schock
 Operation Hautausschlag andere: _____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Auch nicht verschreibungspflichtige. Bitte Packung oder Beipackzettel mitbringen.

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?

ja nein

Schlafen Sie schlecht, leiden Sie unter Nachtschweiß?

ja nein

Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?

ja nein

Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?

nein ja wenn ja, wann? _____ wie lange? _____

Wo? _____

Welche Erkrankungen sind Ihnen innerhalb Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie
 Schlaganfall Gefäßerkrankungen Asthma Diabetes
 Rheumatismus Steinleiden Gicht Depressionen
 Multiple Sklerose Allergien Schuppenflechte Neurodermitis
 Migräne Suizid Geschlechtskrankheiten

-Impfungen-

Welche Impfungen und Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose Röteln Masern Mumps Diphtherie Keuchhusten

Tetanus Hepatitis Cholera Gelbfieber Pocken Grippe

Covid 19 wie oft? _____ Andere: _____

Gab es Impfreaktionen?

Fieber Krämpfe Unruhe Verhaltensänderungen

Schlaflosigkeit Andere: _____

-Emotionales-

Sind Sie Berührungsempfindlich? ja nein

Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle) ja nein

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein

Haben Sie Ängste oder Schuldgefühle? ja nein

Leiden Sie unter Konflikten? ja nein

Fühlen Sie sich häufig einsam? ja nein

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden? ja nein

Haben Sie Sorgen oder Schwierigkeiten? ja nein

Meinen Sie, in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt zu haben? ja nein

Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft? ja nein

Treiben Sie regelmässig Sport? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein

Frieren Sie schnell?

ja nein kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut gut mäßig schlecht

Wie ist das Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

sehr gut gut mäßig schlecht habe keinen Partner/in

-Ernährung-

Wieviel Liter Wasser trinken Sie pro Tag? _____

Was trinken Sie am Tag: Kaffee Tee Cola Limonaden

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Kuhmilchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Kuchen Eier

Zucker Zuckerersatzstoffe Nüsse Obst

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

Haben Sie Verlangen nach:

süß sauer pikant bitter salzig scharf

Fleisch Eier Nudeln Obst Nikotin Alkohol

Haben Sie Abneigung gegen:

süß sauer pikant bitter salzig scharf

Fleisch Eier Fett Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein Vegetarier Veganer

Wenn ja, welche: _____

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern?

ja nein

-Schlafverhalten-

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit Einschlafprobleme Durchschlafprobleme

Sprechen im Schlaf Zähneknirschen Unruhe in den Beinen

heiße Füße Nachtschweiß Lebhaftige Träume

häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlaflage?

Bauch Rücken links rechts

zusammengerollt

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.