



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

Anamnesebogen

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Geburtsort	_____
Straße	_____	Geburtszeit	_____
PLZ/ Ort	_____	Tel. privat	_____
Geschwister	_____	Tel. geschäftl.	_____
Fax	_____	E- Mail	_____

Wer hat uns 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
- Ein Foto

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



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (z.B. auch wo sind die Beschwerden, seit wann, wie, zu welcher Zeit treten sie auf, wodurch bessert 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 oder/und Cortison eingenommen? (Wenn ja, warum?)

Ja, _____

Nein

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



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

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, Verhaltensveränderungen, 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

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

Augen (z.B. Rötungen, Juckreiz, Brennen, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, usw.)

Nase (Trockenheit, Niesreiz, Schnupfen, usw.)



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

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.)

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

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



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

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, Gelenkbeschwerden, 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.)

Tägl: jeden_____Tag

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



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

Urin (wenig/viel/oft/Geruch/Farbe, 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.)



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

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

Nägel (z.B. fleckig, spröde, 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, Getränke, Lebensmittel, usw.)



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

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

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.)



Naturheilzentrum für Kind und Familie

Vera Kaesemann

Heilpraktikerin • Homöopathin

Klassische Homöopathie • Kinderheilkunde • Psychosomatische Medizin

Alsterchaussee 3 • 20149 Hamburg • Tel.: 040/44 50 67 77 • Fax: 040/44 50 67 00

Stimmung (z.B. ausgeglichen, fröhlich, exaltiert, traurig, weinerlich, depressiv, usw.)

Temperament (z.B. mutig, zurückhaltend, lebhaft, nervös, usw.)

Geselligkeit (z.B. einsam, gesellig, usw.)
