



*Werde dein eigener
Gesundheitsmanager*

Nicole Tasch

Nicole Tasch

- Heilpraktikerin -

Brunnenkreißstraße 4,
99974 Mühlhausen/Thüringen

Tel.: 0173 6866664

info@hp-tasch.de
www.hp-tasch.de

Anamnese Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser von mir mit großer Sorgfalt erstellte Anamnesebogen ist sehr umfangreich. Bitte füllen Sie ihn genau aus. Er ist ein wichtiges Hilfsmittel für die geplante naturheilkundliche Behandlung. Durch Ihre detaillierten Angaben ist es mir möglich, den Menschen mit seinem Leiden in der Gesamtheit zu erfassen und nicht – wie in der Schulmedizin praktiziert – nur auf das störende Symptom zu blicken. Mein Bestreben ist es, die Ursache Ihrer Leiden zu finden und diese zu beseitigen.

Je exakter dieser Fragebogen ausgefüllt wird, desto leichter gestaltet sich die Therapie- und Mittelwahl. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten daher sorgsam und **so genau wie möglich** aus und lassen sich **ausreichend Zeit** für die Beantwortung.

Gut und zuverlässig beobachtete Zusammenhänge können von großem Wert sein. Kopfschmerzen z.B. haben viele Menschen. Aber Kopfschmerzen immer vor einem Wetterumschwung, nach Ärger oder zu bestimmten Uhrzeiten sind etwas Besonderes.

Je mehr Besonderheiten und Charakteristisches vorliegen, umso sicherer hebt sich ein Krankheitsbild von vielen Ähnlichen ab und umso besser werde ich als Therapeutin die Individualität Ihrer Persönlichkeit und Beschwerden in ihrer Gesamtheit erfassen können.

Bitte senden Sie mir den Fragebogen ausgefüllt per E-Mail - wenn es Ihnen möglich ist - noch vor unserem ersten Gesprächstermin zurück. Gerne können Sie ihn auch vorab per Fax oder Post zusenden.

Alle Angaben unterliegen der beruflichen Schweigepflicht!
Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Ihre,

Nicole Tasch
- Heilpraktikerin -

Bitte halten Sie folgende Unterlagen zum ersten Termin bereit:

- alle ärztlichen/zahnärztliche Befunde der letzten 12 Monate (falls vorhanden)
- alle Medikamente die Sie zur Zeit einnehmen
- Impfpass

Anamnese – Fragebogen

Name: Vorname:

Geb.Datum:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Ausgeübte Tätigkeit / Beruf:

Familienstand: Kinder:

Hobby, Freizeit, Sport:

Aktuelle Medikamente:

Hausarzt:

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, BKK, etc.) _____

Beihilfe

Privat _____

Zusatzversicherung _____

ERKLÄRUNG

Name des Patienten:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon:

Ich bin vor meiner Behandlung darüber informiert worden, dass

1. Die Behandlung zwischen mir und dem Heilpraktiker zustande kommt.
2. Die Heilpraktikerbehandlung von den gesetzlichen Krankenkassen - wie AOK, DAK, Barmer etc. - nicht erstattet wird.
3. Die Behandlung von den privaten Krankenversicherungen nur dann erstattet wird, wenn diese Behandlung mit so genannten "wissenschaftlich anerkannten Behandlungsmethoden" durchgeführt wird, dass "notwendige medizinische Maß" nicht übersteigt, sich das Honorar im Rahmen der Regelhöchstsätze der GOÄ bewegt und der Versicherungsnehmer einen entsprechenden Tarif abgeschlossen hat.

Auch ersetzen die privaten Versicherungsträger nicht alle Arzneimittel.

4. Heilpraktiker bedienen sich bei Ihrer Behandlung jedoch vorwiegend "naturheilkundlicher Verfahren und Arzneimittel" für die diese Nachweise nicht immer zu erbringen sind. Im Rahmen einer umfassenden Ganzheitstherapie kann es auch vorkommen, dass der Einsatz dieser bewährten und erfolgreichen Verfahren das "medizinisch-notwendige Maß" und/oder den Regelhöchstsatz der GOÄ bzw. GebüH übersteigt.
5. Ich weiß, dass ich meine Behandlungskosten und die mir verschriebenen Arzneimittel von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet bekomme und von den privaten Krankenversicherungen nur dann, wenn die bei der Behandlung unter 3. aufgeführten Kriterien erfüllt werden können, was nicht immer möglich ist.
6. Hierüber informiert erkläre ich, dass mein Behandlungsverhältnis zum Heilpraktiker und meine Zahlungspflicht ihm gegenüber von meinen Krankenversicherungsträgern und dem Umfang der Kostenerstattung seitens der Krankenversicherung unberührt bleiben; und beauftrage ihn, alles nach seinem Ermessen notwendige zur Besserung meiner Beschwerden zu tun. Honorarzahlungen in der Praxis werden als Kto.-Zahlungen angesehen und mit der Rechnung verrechnet. Diese Vereinbarung gilt auch für Patienten, die pro Behandlung ein vorher vereinbartes Festhonorar zahlen und nachträglich doch eine spezifizierte Rechnung wünschen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Honorar

Bei ihrem ersten Besuch nehme ich mir für ein ausführliches Anamnesegespräch incl. körperlicher Untersuchung ausreichend Zeit. Bitte bringen Sie hierfür alle vorhandenen ärztlichen Unterlagen (Laborwerte, Impfausweis, Aufstellung der regelmäßig eingenommenen Medikamente, Befunderhebung von Kollegen und Ärzten) mit. Gemeinsam werden wir ein für ihre Beschwerden individuellen Therapieplan festlegen.

Private Versicherung

Behandlungen durch Heilpraktiker können über die meistens private Krankenversicherungen, Beihilfe und Zusatzversicherung abgerechnet werden. Diese erstatten die Kosten in dem Umfang, mit welchem Tarif Sie Ihre Versicherung abgeschlossen haben. Bitte erkundigen sich vorher bei Ihrer Kasse, bis zu welcher Höhe die Heilpraktikerkosten übernommen werden.

Gesetzliche Krankenkasse

Diese übernehmen die Kosten für Heilpraktikerbehandlungen leider noch nicht. Es besteht jedoch die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung für alternative Heilmethoden/ Heilpraktiker abzuschließen.

Selbstzahler

Die Kosten für die Behandlung können als außergewöhnliche Belastungen steuerlich geltend gemacht werden.

Ausfallgebühr

Für reservierte Termine die nicht wahrgenommen werden oder nicht mindestens 24 Std. vor Sitzungsbeginn abgesagt werden, erlaube ich mir eine Ausfallgebühr von 45 EUR zu berechnen.

Zahlungsmodalität

Die Behandlungskosten bezahlen Sie nach der Behandlung in bar bzw. auf Rechnung und erhalten hierfür binnen einer Woche per Post eine entsprechende Rechnung, welche bei Privatversicherten bei der jeweilige Krankenversicherung eingereicht werden können.

Familiäre Erkrankungen

4) Welche Krankheiten sind in ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Geschwister

<input type="checkbox"/> Multiple Skleros	Tuberkulose	Asthma	Neurodermitis
Herzinfarkt	Schlaganfall	Depressionen	Bluthochdruck
Diabetes mel	Schilddrüsenerk	Rheuma	Gicht
Allergien	Schuppenflechte	Migräne	Suizid
Steinleiden	Epilepsie	Geschlechtskrankheiten	

Tumor:

Sonstiges:

Impfungen

5) Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfpass mitbringen.

Masern	Röteln	<input checked="" type="checkbox"/> Mumps	<input checked="" type="checkbox"/> Keuchhusten
Windpocken	Tetanus	<input checked="" type="checkbox"/> Hib	<input checked="" type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio)
Diphtherie	Hepatitis A	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis B	<input checked="" type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc)
Pocken	Zecken/FSME	<input checked="" type="checkbox"/> Cholera	<input checked="" type="checkbox"/> Gelbfieber
Grippe	HPV	<input checked="" type="checkbox"/> Tollwut	<input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken

Meningokokken Sonstiges:

6) Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit

Missempfinden Verhaltensveränderung

Sonstiges:

7) Wurden Sie schon einmal mit Antibiotika (AB) behandelt? Wie oft ?

noch nie bis 5mal bis 10mal mehr als 10mal

wann war die letzte AB Einnahme?

Operationen / Narben / Allergien / Infektionskrankheiten

8) Welche Infektionskrankheiten hatten Sie gehabt?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tb) |
| <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Zecken/FSME | <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Gelbfieber |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) |
| <input type="checkbox"/> Pfeiff. Drüsenfieber | | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheit | |
- Sonstiges:

9) Wurden Sie schon einmal operiert? Haben Sie Narben von Operationen?

- ja nein

Allgemeines / Vegetative Anamnese

- Körpergröße: aktuelles Körpergewicht: kg
- Gab es größere Gewichtsschwankungen? ja nein
- Wie viel und in welcher Zeit:
- Neigen Sie zur Gewichtszunahme ? ja nein
- Blutgruppe:

Fragen zum Metall-Element (Abwehr, Haut, etc.)

10) Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

nein
 alle 2-3 Jahre
 1x jährlich
 wie oft im Jahr:

Können Sie „fiebern“?
 ja
 nein

11) Gibt es Allergien?

ja nein

<input type="checkbox"/> Pollen	Seit wann / Welche:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tiere	Seit wann / Welche:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lebensmittel	Seit wann / Welche:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hausstaubmilbe	Seit wann / Welche:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Medikamente	Seit wann / Welche:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Seit wann / Welche:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

12) Haut

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|----------------------|
| trocken | fettig | Rötungen |
| Juckreiz | Ödeme im Gesicht | trocken-schuppig |
| empfindlich | viele Muttermale/Leberflecke | Muttermal Entfernen. |
| schlechte Wundheilung | Neigung zu blauen Flecken | Narbenwucherungen |
| Neurodermitis | Schuppenflechte | Nässende Hautstellen |
| Warzen | Akne/Pickel (heute/Pubertät) | |
| häufiges Schwitzen (warm) | | |

<input type="checkbox"/> kein Schweiß	<input type="checkbox"/> Schweiß wo? (Hände?)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Verbrennungen	<input type="checkbox"/> juckende Narben	Geschwüre
Ausschläge	<input type="checkbox"/> Akne, Pickel, Mitesser	Quaddeln
Knoten	<input type="checkbox"/> Orangenhaut, Cellulites	Erosionen, Krusten
Basaliome	<input type="checkbox"/> Melanome	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

13) Nase, Hals, Stimme

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> trockene Nase | Borken, Krusten in Nase | Geruchsprobleme |
| Sekret wässrig | Sekret dick-weiß | Sekret gelb-dick |
| Heuschnupfen | häufiges Niesen, Kitzeln | Nasen Operationen |
| häufiges Nasenbluten | chron. Sinusitis | chron. Nasenverstopfung |
| ständiger Sekretfluss | Borken, Krusten in Nase | Geruchsprobleme |
| oft heiser | leise, schwache Stimme | oft Kehlkopfentzündungen |
| trockene Kehle | | |

Sonstiges:

14) Atmung, Lunge

- | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|
| kurzatmig | heller Auswurf | gelb/grüner Auswurf |
| dunkler Auswurf | trockener Reizhusten | leicht Infektanfällig |
| Husten ohne Kraft | Neigung zu Bronchitis | Allergisches Asthma |
| chron. Bronchitis | Raucherhusten | Infektbedingtes Asthma |
| Lungenemphysem | Lungenödem | Allergisches Asthma |

Ich bin Raucher Zigaretten pro Tag:

Bei Erkältungen habe ich eher:

- | | | |
|------------------|--|---|
| viel Schleim | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen |
| trockener Husten | <input type="checkbox"/> feuchter Husten | <input type="checkbox"/> Mandelentzündung |

Sonstiges:

15) Psyche, Metall Element

- | | | |
|---------------------|------------------------|------------------------------------|
| öfters traurig | eher kühl | eher introvertiert |
| eher unordentlich | eher dogmatisch | eher strukturlos |
| erschöpft d. Kummer | loslassen fällt schwer | Gefühl, die Kontrolle zu verlieren |
| Klammern | | |

19) Ohren

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | Hörgerät | Ohrjucken |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus rechts | Tinnitus links | viel Ohrenschmalz |
| häufig Mittelohrentzündung | Ausfluss aus dem Ohr | Piercings im Ohr |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> Hörsturz | |
- Sonstiges:

20) Knochen, Gelenke

- | | | | | |
|-----------------|------------------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------------|
| Arthrose | <input type="checkbox"/> Arthritis | Gicht | <input type="checkbox"/> Lähmungen | häufig Rückenschmerzen |
| Ischias-Syndrom | | Hexenschuss | | Bandscheibenvorfall |
| Rheuma | | Skoliose | | Wirbelgleiten |
| Verspannungen | | Taubheitsgefühle | | Krampfneigung |
| Osteoporose | | Osteochondrose | | Morbus Bechterew |
| Fibromyalgie | | Verletzungen, Trauma | | Kribbeln, Stechen |
- Gelenkbeschwerden, welches Gelenk?
- Operationen:
- Sonstiges:

21) Arme, Hände

- | | | |
|------------------------|----------------------|-------------------|
| steife Gelenke, Finger | geschwollene Gelenke | Tennisellenbogen |
| Kribbeln in Fingern | oft kalte Hände | schwitzige Hände |
| Schmerzen | Hände schlafen ein | Zittern der Hände |
- Durchblutungsstörungen Hände
- Morbus Raynaud
- Gefühlsstörungen
- Muskelsteife /-schwäche
- Sonstiges:

22) Beine, Füße

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| steife Gelenke, Füße | geschwollene Füße | häufiges Umknicken |
| Wadenkrämpfe (nachts) | oft kalte Füße | Kribbeln in den Füßen |
| Füße schlafen ein | Durchblutungsstörungen in den Füßen | |
- Sie müssen nach Gehen einer bestimmten Wegstrecke stehenbleiben (Schaufenster-Krh.)
- Kniebeschwerden, welche:
- Muskelsteife /-schwäche
- Schmerzen in:
- künstliche Gelenke, Wo?
- Sonstiges

23) Sexualität, Fruchtbarkeit, Verhütung, Wechseljahre

- | | | |
|---|--------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung | Prostataentzündung | vorzeitiger Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> Impotenz | Harntröpfeln | Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | Potenzstörungen | Ausfluss am Penis |
| <input type="checkbox"/> Syphilis, Lues | Gonorrhoe, Tripper | |

Sexuelles Verlangen/Interesse: "normal" z. Zt. vermindert z. Zt. vermehrt
 Partnerschaftsprobleme Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
 Homosexualität Traumatisierung bzw. sexueller Missbrauch

Verhütung

keine Verhütungsmittel	Pille	Hormonpflaster /-implantat
Hormonspirale	Kupferspirale	Kondome
Sterilisation	Nuvaring	Temperaturmethode, Persona, etc.

Sonstiges

Wechseljahre

noch nicht im Wechsel In den Wechseljahre im Alter von:

Wechseljahresbeschwerden:
 Hitzewallungen Schlafstörungen Innere Unruhe, Gereiztheit
 Libidoverlust Trockenheit von Schleimhaut oder Scheide

Sonstiges

Menstruation

Menstruation im Alter von:

noch keine Mens nicht mehr regelmäßig

unregelmäßig Zyklusdauer:

Dauer der Blutung letzte Blutung am:

Menstruationsblutung

normal	stark	sehr stark	wenig	hellrot
dunkelrot	kräftig rot	klumpig	bräunlich	schmierig
Zwischenblutungen		Schmierblutungen		

Sonstiges

Menstruationsschmerzen

keine stark mittel wenig

Sonstiges

Beschwerden an den weiblichen Geschlechtsorganen

Ausfluss Brennen Jucken Schmerzen Schwellung
 Operation Zysten Myome Endometriose Brustschmerz

Sonstiges

PMS – Prämenstruelles Syndrom

Blähbauch Völlegefühl Niedergeschlagenheit
 Gereiztheit Gewichtszunahme Brustspannen/ -schmerzen
 Kopfschmerzen Migräne Heißhunger

Sonstiges

Kinderwunsch, Familienplanung

keine Kinder derzeitiger Kinderwunsch derzeit Schwangerschaft

Kinder, Anzahl Geburtsjahr der Kinder

Anzahl Schwangerschaften

Fehlgeburt Abtreibung unerfüllter Kinderwunsch
 künstl. Befruchtungen Hormontherapien

24) Psyche, Wasser Element

<input type="checkbox"/> innere Unruhe	<input type="checkbox"/> eher ängstlich	<input type="checkbox"/> eher willensschwach
<input type="checkbox"/> leicht erschöpft	<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Panikattacken
<input type="checkbox"/> hoffnungslos	<input type="checkbox"/> zurückhaltend, ruhig	<input type="checkbox"/> durchsetzungsstark
<input type="checkbox"/> intuitiv	<input type="checkbox"/> eher tiefgründig	<input type="checkbox"/> lebensfroh
<input type="checkbox"/> eher depressiv	<input type="checkbox"/> stressempfindlich	<input type="checkbox"/> schwach belastbar
<input type="checkbox"/> eher hektisch	<input type="checkbox"/> eher nervös	<input type="checkbox"/> niedergeschlagen
<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche	

Fragen zum Holz-Element (Leber, Auge, etc.)

25) Leber, Galle

- | | | |
|--|------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit | Gallenschmerzen | Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Gallenkoliken | Gallenblasen-OP | Druck im rechten Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | Hepatitis | Fettleber |
| <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | Leberentzündung | heller, glänzender Stuhl |
| <input type="checkbox"/> "nervöser" Darm | Unverträgl. von Kaffee | Unverträgl. von Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> | |

26) Muskel, Sehnen, Verspannungen, Nägel

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nackenverspannung | Muskelverspannungen | Sehnenscheidenentzündung |
| <input type="checkbox"/> brüchige Nägel | Rillen an Fingernägeln | Flecken auf Fingernägeln |
| <input type="checkbox"/> Muskelverhärtungen | Muskelschmerzen | Muskelverletzungen/-faserriss |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> einseitige Schmerzen | Leisten- /Nabelbruch |
| <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | Tics, Zittern | "Schlottergelenke" |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> | |

27) Augen

- | | | |
|--|----------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> trockene Augen | Bindehautentzündung | Sehfunktion eingeschränkt |
| <input type="checkbox"/> Kurzsichtig | Weitsichtig | dumfer Augendruck |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder | Glaukom | Brille/Kontaktlinsen |
| <input type="checkbox"/> tränende Augen | Weitsichtig | Zugempfindlich |
| <input type="checkbox"/> eitriges Sekret | häufig Gerstenkörner | rote Skleren |
| <input type="checkbox"/> gelbe Skleren | trüb, glasig | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> | |

28) Psyche, Holz Element

- | | | |
|--|-----------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> melancholisch | schlechte Laune | häufiger Zorn, Wut, Groll |
| <input type="checkbox"/> leichte Reizbarkeit | Stimmungsschwankungen | Frust |
| <input type="checkbox"/> geduldig | eher ungeduldig | emotionale Anspannung |
| <input type="checkbox"/> Windabweigung | | |

Fragen zum Feuer-Element (Schlaf, Kreislauf, Blutdruck, etc.)

29) Herzkraft, Blutgefäße

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen | Herzbeschwerden | Herzinfarkt, Angina Pectoris |
| Herzstolpern | Kreislaufschwäche | Bluthochdruck |
| Herzrasen | langsamer Puls | schneller Puls |
| Enge im Brustkorb | Stechen | Druckgefühl |
| Ohnmachtneigung | bekannte Herzfehler | künstliche Herzklappen |

Sonstiges

30) ZNS, Gehirn, Sprache, Mund

- | | | |
|------------------|-------------------------|------------------------|
| langsame Reflexe | Konzentrationsstörungen | langsame Wahrnehmung |
| leise Sprache | langsames Sprechen | "Blackouts" |
| Hirnschlag | Epilepsie | Kopfverletzungen |
| Manie | Depression | Krampfanfälle (Fieber) |
| Mundulzera | schnelles Sprechen | Zungengeschwüre |
| Herpes | Aphten | Mundschleimhautentz. |
| trockener Mund | starker Speichelfluss | rissige Mundwinkel |
| Heiserkeit | Stimmveränderungen | |

Sonstiges

31) Schlaf, Schweiß

- Schlaflosigkeit
Einschlafprobleme

Schlafelage?

- Bauch
Rücken

häufiges Erwachen? Zeit: Wie lange:

links

nächtl. Wasserlassen Wie oft:

rechts

Unruhe in den Beinen

Oberkörper erhöht

Sprechen im Schlaf

knieend

Nachtschweiß / kalter Schweiß

zusammengeroll

heiße Füße / kalte Füße

Zähneknirschen

Schlafzeit?

Lebhaftige Träume keine Träume

zu Bett gehen Uhr

Schnarchen Schlafapnoe

aufstehen: Uhr

brauchen Sie immer eine Decke

brauchen Sie immer eine Wärmflasche

frühes Erwachen Zeit:

Plötzliche Schweißausbrüche unter Tag

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Wasserbett schnurloses Tel. Internet elektrische Geräte
 Bett mit eingebautem Motor Sonstiges:

Schlafplatz auf geopathische Belastungen untersucht? ja nein

Schlafplatz auf Elektrosmog untersucht? ja nein

Sonstiges

32) Psyche, Feuer Element

eher fröhlich	eher freudlos	Geistige Unruhe
schreckhaft	Verwirrung	kreativ
euphorisch	wach	chaotisch
extrem	viel Lachen	

33) Kopfschmerzen

	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten	
Migräne	einseitig	beidseitige Kopfschmerzen
Stirn	Schläfen	Hinterkopf
über den Augen	mit Sehstörungen	mit Übelkeit/Erbrechen
morgens	mittags	abends
rechte Seite	linke Seite	Seite wechselnd
stechend	drückend	pochend
ziehend	klopfend	hämmernd

Sonstiges

Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala von 1 (ganz leicht) bis 10 (extrem stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auslöser:

was bessert:

was verschlechtert:

Fragen zum Erde-Element (Verdauung, Stuhl, Appetit, etc.)

34) Mund, Rachen, Schilddrüse

- | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | Rachenentzündung | Mandel-Operation |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | Mundgeruch, fauliger Atem | Schluckbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals | Schilddrüsenüberfunktion | Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-OP | Schilddrüse vergrößert | Hashimoto |
| <input type="checkbox"/> Kropf | Morbus Basedow | Einnahme Schilddrüsenhormone |

Sonstiges

35) Magen / Darm / Stuhl

- | | | |
|---------------|----------------------------|--------------------------|
| Appetitlos | häufiges Völlegefühl | häufiges Aufstoßen |
| viel Durst | kaum Durst | schnell unterzuckert |
| Heißhunger | häufiger Sodbrennen | "Stein" im Magen |
| Blähungen | Magenschmerzen | Reizmagen |
| Magengeschwür | Bauchkrämpfe | Reizdarm, Durchfälle |
| Morbus Crohn | Colitis ulcerosa | Neigung zu Verstopfungen |
| Hämorrhoiden | Übelkeit, Brechreiz | Neigung zu Durchfällen |
| Blinddarm-OP | Stuhlabgang mit den Winden | |

Sonstiges

Stuhlbeschaffenheit

- | | | | | |
|----------------------------|---------------|---|----------|-----------|
| geformt | weich | breiig | flüssig | sehr hart |
| knollig | schmierig | bleistiftartig | dunkel | hell |
| voluminös | über riechend | blutig | glänzend | |
| kann Stuhl nicht halten | | tlw. unverdaute Nahrungsmittel im Stuhl | | |
| Konsistenz ist wechselhaft | | würzig riechend | | |

Sonstiges

Stuhlfrequenz

- mehrmals tgl. einmal tgl. alle 2-3 Tg. unregelmäßig

Sonstiges

- ich fühle mich wohl mit meiner Stuhlfrequenz
 ich fühle mich nicht wohl mit meiner Stuhlfrequenz, verstopft

36) Pankreas

- | | | |
|--|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Bauchspeicheldrüse | | Probleme mit Milz |
| <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit von Alkohol | schnell unterzuckert |

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

37) Bindegewebe

- | | | |
|-----------------|------------------------------|-------------|
| Ödeme an Beinen | generell Wassereinlagerungen | Cellulites |
| Krampfadern | schwere, müde Beine | Besenreiser |
| Krampfadern-OP | generelles Schweregefühl | |

Sonstiges

38) Psyche, Erde Element

- | | | |
|--|------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oft müde | kraftlos | Grübeln (Familie, Beruf, ...) |
| <input type="checkbox"/> Schweregefühl | Dumpfheit | eher angespannt |
| <input type="checkbox"/> eher gierig | eher hektisch, schnell | kein "Sitzfleisch" |
| <input type="checkbox"/> eher ungeduldig | | |

Fast geschafft auf der nächsten Seite gibt es noch ein paar allgemeine Fragen

Allgemeine Fragen

39) Jahreszeit, Tageszeit, Klima

Welche Jahreszeit mögen Sie besonders gerne?

- Frühling Sommer Herbst Winter

Welche Jahreszeit mögen Sie nicht so gerne?

- Frühling Sommer Herbst Winter

In welcher Tageszeit sind Sie am energiegeladesten, mögen Sie am Liebsten?

- Erwachen Früh Vormittag Mittag Nachmittag

- Abend Nacht welche Uhrzeit

In welcher Tageszeit sind Sie besonders müde/erschöpft?

- Erwachen Früh Vormittag Mittag Nachmittag

- Abend Nacht welche Uhrzeit

Welche Klima, Wetter mögen Sie besonders gerne?

- | | | | | |
|--------------|---------------|----------------|--------------------------|------------------|
| feucht-warm | trocken | trockene Kälte | Sommerhitze | Schwüle |
| feuchte Kält | Nässe | Regen | Schnee | Wind, Zugluft |
| Nebel | Föhn | Gewitter | Sonne | bedecktes Wetter |
| nasskalt | kalt auf warm | warm auf kalt | Wetterumschwung generell | |

- Sonstiges

Welche Klima, Wetter bekommt ihnen nicht so gut?

- | | | | | |
|--------------|---------------|----------------|---|------------------|
| feucht-warm | trocken | trockene Kälte | Sommerhitze | Schwüle |
| feuchte Kält | Nässe | Regen | Schnee | Wind, Zugluft |
| Nebel | Föhn | Gewitter | Sonne | bedecktes Wetter |
| nasskalt | kalt auf warm | warm auf kalt | <input type="checkbox"/> Wetterumschwung generell | |

- Sonstiges

40) Beschwerden, Empfindlichkeit

Konzentrieren sich Ihre Beschwerden auf eine Körperseite?

- nein, nie wechselnd springend rechts links

Bessern bzw. verschlechtern sich Ihre Beschwerden bei

Besserung Verschlechterung nichts aufgefallen

- ... Kälte
- ... Wärme
- ... Bewegung
- ... tanzen
- ... liegen
- ... reisen
- ... Ruhe
- ... frische Luft
- ... warmes Bett
- ... Trost
- ... Alleinsein
- ... Gesellschaft
- ... Autofahren
- ... Sonstiges

Sind Sie empfindlich (Abneigung) gegen

- | | | | | |
|------------------------|-----------|----------------|---|--------------------------------|
| Licht | Geräusche | Lärm | <input type="checkbox"/> best. Gerüche | <input type="checkbox"/> Druck |
| Berührung | Nässe | Baden, Waschen | <input type="checkbox"/> enge Kleidung, Gürtel, Schal | |
| enge Räume, Fahrstühle | | | | |

Sonstiges

Gibt es eine besonders ausgeprägte Angst bzw. Furcht vor?

- | | | | |
|------------|--------------|------------------|------------------------|
| Alleinsein | Verlust | verlassen werden | Kündigung |
| Armut | Dunkelheit | Einbrecher | Krankheit |
| Krebs | vor dem Tod | Zukunft | Unbekanntem |
| Geräuschen | Gewitter | Gespensern | Wasser |
| Höhenangst | engen Räumen | Menschenmassen | großen offenen Plätzen |
| Schlangen | Spinnen | Mäuse, Ratten | Hunden |
| Prüfungen | Misserfolg | Tunnel | Versagensängste |

Sonstiges

Haben Sie Verlangen bzw. Abneigung nach

Verlangen

Abneigung

Unverträglichkeit

- ... süß
- ... sauer
- ... pikant
- ... scharf
- ... bitter
- ... salzig
- ... geräuchert
- ... Senf
- ... Essig
- ... Fleisch
- ... Fisch
- ... Eier
- ... Milch
- ... Käse
- ... Obst
- ... Fett
- ... Schokolade
- ... Eis
- ... Zwiebeln
- ... Nikotin
- ... Kaffee
- ... heiße Lebensmittel
- ... kalte Lebensmittel
- ... Alkohol
- ... Sonstiges

Sind Sie eher...

Optimist

Pessimist

weder noch

ordentlich

unordentlich

weder noch

ruhig

unruhig

weder noch

geduldig

ungeduldig

weder noch

ehrgeizig

genügsam

weder noch

perfektionistisch

locker

weder noch

nachtragend

vergebend

weder noch

gesprächig

verschlossen

weder noch

verletzlich

unempfindlich

weder noch

willensstark

willensschwach

weder noch

verschwenderisch

geizig

weder noch

Sonstiges

Nennen Sie bitte drei ganz markante Eigenschaften / Charakterzüge als Ausdruck Ihrer Persönlichkeit

1)

2)

3)

Wie würden Sie ihren momentanen Gesundheitszustand bewerten (sehr gut) bis 10 (miserabel)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt am:

Unterschrift Patient:

Vielen Dank dass Sie sich Zeit genommen haben diesen doch sehr ausführlichen Anamnesebogen zu beantworten. All diese Informationen werden absolut vertraulich behandelt und Ihre Antworten von mir nicht persönlich gewertet. Mir geht es um Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit und nicht um eine Wertung ihrer Person.

Herzlichen Dank, Ihre

Nicole Tasch
- Heilpraktikerin -



Nicole Tasch

- Heilpraktikerin –

Brunnenkreißstraße 4, 99974 Mühlhausen/Thüringen
Tel: 0173 6866664

e-mail: info@hp-tasch.de
Website: www.hp-tasch.de

Termine nach Vereinbarung!

Therapieverfahren

- **Traditionelle chinesische Medizin (TCM)**
 - Akupunktur, Akupressur, Moxibustion
 - Ernährungsberatung
 - Pharmakologie
- **Ganzheitliche Homöopathie**
- **Westliche und östliche Phytotherapie**
 - Spagyrik- und Gemmotherapie
 - chinesische Heilpflanzen
- Stoffwechselkur / Gewichtsreduktion (Sanguinum)
- Sauerstofftherapie
- Biochemie nach Dr. Schüßler (Schüßler-Salze)
- Bachblüten-Therapie
- Spenglersan Kolloide
- Homöosiniatrie, Neuraltherapie
- Entgiftungstherapie, Amalgamausleitung
- Darmsanierung, Symbioselenkung
- Eigenbluttherapie, Blutegel-Therapie
- Schröpfen, Pneumatische Pulsationstherapie (PPT)
- Orthomolekulare Therapie
- Infusionstherapie
- Mikro-Immun-Therapie