

**Gab es Besonderheiten in der Kindheit-
Krankheiten/Krankenhausaufenthalte/schwierige Lebenssituationen**

PSYCHE:

Was glauben Sie, warum Sie diese Krankheit/Symptome bekommen haben?

**Was wird sich in Ihrem Leben/Ihrem Umfeld verändern, wenn Sie wieder
gesund sind?**

Sind Sie spirituell/gläubig?

Glauben Sie an ein Leben nach dem Tod?

Wie würden Sie sich einschätzen?

Antriebslos/traurig/unruhig/ängstlich/depressiv/schnell wütend/ weinerlich

Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen/Gedächtnisstörungen?

Wie ist Ihr Selbstwertgefühl?

Haben Sie Ängste? Höhenangst/Gewitter/Dunkelheit/Tiere/

Enge/Fahrstuhl/Flugzeug/Einbrecher/fremde Menschen/Zukunft....

Gibt es Tiere, die Sie besonders mögen/nicht mögen?

Können Sie gut allein sein?

Welche Berufsausbildung haben Sie?

Was machen Sie im Alltag/Hobbies?

Machen Sie regelmäßig Sport? Welche Sportart über Sie aus? Geht es Ihnen nach dem Sport besser oder schlechter?

Gibt es belastende Probleme?

Wie hoch werten Sie Ihren Stress und seelische Belastung? (0=keine; 10=sehr hohe)

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? (0=keine Belastbarkeit; 10= sehr hohe Belastbarkeit)

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Wann gehen Sie zu Bett?

Machen Sie Mittagsschlaf? Wie lange?

Wie ist Ihr Schlaf? (Skala von 0=sehr schlecht bis 10=sehr gut)

Träumen Sie?

Wenn ja, was träumen Sie – immer wiederkehrende

Träume/Alpträume/realitätsbezogen/belastend/schön/bunt/schwarz-weiß

Wie oft wachen Sie nachts auf? Können Sie schnell wieder einschlafen?

Wie oft haben Sie Nachtschweiß/ Herzrasen?

Knirschen Sie mit den Zähnen?

Wie oft Schnarchen Sie?

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?

Ist Ihr Arbeits-, Wohn- und Schlafplatz geopathisch und auf Elektrosmog untersucht?

**Ist in der Nähe des Wohn-, Arbeitsplatzes ein Funkturm installiert?
Wenn ja, in welcher Entfernung?**

Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Trockenheit, Sommer?

Wie reagieren Sie auf Kälte, Nässe, Winter?

Gibt es eine Jahreszeit, in denen Ihre Beschwerden verstärkt sind?

Gibt es eine Tageszeit, in denen Ihre Beschwerden verstärkt sind?

Haben oder hatten Sie Amalgam-, Gold- oder Palladiumfüllungen/Inlays/Kronen/Zahnersatz?

Wurde Amalgam entfernt? Wann?

Haben Sie wurzelbehandelte/tote Zähne?

Haben Sie Aphten im Mund?

Gibt es Zähne, die Sie häufiger merken?

Sind Ihre Zähne auf Zahnherde (Karies, Entzündungen, tote Zähne...) untersucht? Wann?

Welche Impfungen haben Sie erhalten und wann? (Bitte Impfausweis mitbringen, falls vorhanden)



Praxis für ganzheitliche Medizin

Dr. med. Miriam Schäffler

Allgemeinmedizin Akupunktur
Naturheilverfahren Sportmedizin

Dr. med. Miriam Schäffler • Im Witthausfeld 30 • 32602 Vlotho

**Im Witthausfeld 30
32602 Vlotho**

Fon +49 (0) 57 33 / 87 84 98
Fax +49 (0) 57 33 / 87 84 99

info@praxis-dr-schaeffler.com
www.praxis-dr-schaeffler.com

Wie oft im Jahr sind Sie erkältet? Mit/ohne Fieber?

**Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___mal tgl. ___mal wöchentlich
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? Wässrig-breiig-geformt-wechselhaft
Welche Farbe und welchen Geruch hat Ihr Stuhl?**

Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau!

Was Konsumieren Sie? Bitte genau!	Wie viel?	Wie oft?
Zucker		
Milchprodukte		
Weißmehlprodukte		
Eier		
Nüsse		
Süßigkeiten		
Kuchen		

Was essen Sie
Zum Frühstück:
Wann?

Zum Mittagessen:
Wann?

Zum Abendessen:
Wann?

Auf welche Lebensmittel/Getränke können Sie schwer verzichten?

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

**Männliche Geschlechtsorgane (entsprechendes bitte unterstreichen):
Entzündungen/Tumore/Beschneidung/Sterilisation/Operation?
Nächtliches Wasserlassen? Beschwerden beim Wasser lassen?
Beschwerden vor/während/nach dem Geschlechtsverkehr?
Unerfüllter Kinderwunsch?**

Bitte denken Sie daran, diesen Anamnese-Fragebogen bei unserem Erstgespräch mitzubringen. Außerdem bitte ich Sie, alle Ihnen vorliegenden Krankenberichte und Laborwerte mitzubringen. Falls Ihnen diese nicht vorliegen, wäre es schön, wenn Sie diese besorgen könnten. Wenn möglich wäre eine Auflistung der bisher eingenommenen Medikamente/Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel sehr hilfreich.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit für Ihre Gesundheit!
Ich freue mich auf unsere Zusammenarbeit, denn nur so
können Sie gesund werden und bleiben!**