

Welche Untersuchungen wurden hierbei durchgeführt, wann und mit welchem Ergebnis?

Röntgen:

CT:

MRT:

Labor:

Abklärung einer (bitte mit ja/nein unter der Zeile beantworten)

Fruchtzucker/Milchzucker/Gluten/Nahrungsmittelunverträglichkeit

EEG/EKG:

Magen-/Darmspiegelung:

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

Wenn möglich kurz erläutern, was durchgeführt bzw. untersucht wurde, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein und seit wann? Sehr wichtig! Bitte genau!

Rauchen Sie? Ja/nein Wenn ja, seit wann und wie viele pro Tag?

**Haben Sie jemals Drogen genommen (auch Cannabis)?
Alkohol, welche Sorte/wie oft pro Woche/wie viel?**

PSYCHE:

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

Wie würden Sie sich einschätzen?

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

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)

Körperlich:

Psychisch:

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?**

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)**

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



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

Sind Erkrankungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems bekannt?

Wieviel und was genau trinken Sie täglich? Bitte genau!

Was konsumieren Sie? Bitte genau!

Zucker
Milchprodukte
Weißmehlprodukte
Eier
Nüsse
Süßigkeiten
Kuchen

Wie viel?

Wie oft?

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?

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



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

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!**