



Ganzheitliche Medizin

Privatärztliche Praxis Barbara Olshausen



Ludwigstraße 22/II
97070 Würzburg
Tel. 0931 - 5 88 40
Fax 0931 - 5 88 60
info@praxis-olshausen.de

www.facebook.com/praxis.olshausen
www.praxis-olshausen.de

Anamnese-Fragebogen

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum: _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

tagsüber telefonisch zu erreichen _____ Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Familienstand _____ Kinder _____ Körpergröße / Gewicht _____

Krankenversicherung Gesetzlich Privat



Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1.	seit:	Intensität:
2.	seit:	Intensität:
3.	seit:	Intensität:
4.	seit:	Intensität:
5.	seit:	Intensität:
6.	seit:	Intensität:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge
 andere:

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?



Emotionales

Haben Sie Existenzängste?

- ja nein

Liegen Beziehungskonflikte vor?

- ja nein

Empfinden Sie Ihren Beruf als belastend?

- ja nein

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer Behandlung?

- ja nein

Liegen Schlafstörungen vor?

- ja nein

Können Sie sich an Ihre Träume erinnern?

- ja nein

Haben Sie das Gefühl, gebraucht zu werden?

- ja nein

Führen Sie regelmäßige Freizeitaktivitäten durch?

- ja nein

Fühlen Sie sich dem Leben gewachsen?

- ja nein

Können Sie NEIN sagen?

- ja nein

Haben Sie oft Schuldgefühle?

- ja nein

Schwitzen Sie leicht?

- ja nein

An welchem Körperteil:

- kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?

- ja nein

- kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

- sehr belastbar mäßig belastbar

- gar nicht belastbar

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie täglich?

- Milchprodukte Süßigkeiten
 Weißmehlprodukte Kuchen
 Eier Zucker
 Nüsse Biokost

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Nahrungsmittel-Allergien oder -Unverträglichkeiten:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein

wenn ja welche:

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

- ja nein

Wo liegen nach Ihrer eigenen Einschätzung Ihre individuellen Probleme bei der Ernährung / gesundes Leben?



Wohnung

Sind Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz auf geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?

- ja nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
 Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe
 Bäche, Flüsse in der Nähe
 Schimmelpilzbelastung
 Antiquitäten/Holzschutzmittel
 Teppichböden
 Mikrowelle

Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- Konventionelle Haushaltsreiniger
 Biologische Haushaltsreiniger

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
 elektrische Geräte im Standby-Modus
 Wasserbett
 eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
 häufiges Erwachen, um wie viel Uhr:

- _____
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft:

- _____
- Einschlafprobleme
 Durchschlafprobleme
 Unruhe in den Beinen
 Sprechen im Schlaf
 Nachtschweiß
 heiße Füße
 Zähneknirschen
 lebhaftere Träume

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie
 Stirn-Augen-Schläfenregion
 Hinterhauptregion
 morgens
 abends
 halbseitig
 links rechts
 doppelseitig
 wandernd von links nach rechts
 wandernd von rechts nach links

Auslöser:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Augen

- Bindehautentzündung
 grüner Star
 grauer Star _____
 sonstige Beschwerden
 Brille seit:

Ohren

- Schmerzen links / rechts
 beidseitig
 Mittelohrentzündungen
 schwerhörig
 Ohrengeräusche
 Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- Zahn-Operationen
 Wurzelbehandelte Zähne
 Tote Zähne
 Empfindliche Zähne auf heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja, ohne Ausleitung
 ja, mit Ausleitung
 nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
 Gold
 Titan
 Kunststoff
 Keramik
 Palladium

Nase

- Operationen
 Heuschnupfen
 behinderte Nasenatmung
 Nase verstopft
 Absonderungen:
 wässrig schleimig
 eitrig grünlich

- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- Operation
 häufig Mandelentzündungen
 als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
 Unterfunktion
 Vergrößerung
 Operation
 Knoten



Brust • Bauch

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen
- Bluthochdruck

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis
- erhöhte Leberwerte

Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

Niere/Blase

- Nierensteine,
- Entzündungen
- häufig:

Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach:

Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Geruch nach:

Stuhlgang

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- riecht nach:

- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall

Konsistenz des Stuhls

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig

- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig zu werden

Arme • Beine • Rücken • Haut

Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände
- Taubheitsgefühl

Beine

- Schmerzen
- Krampfadern
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Rücken

- Verspannungen
- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Bandscheibenvorfall

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- Nagelveränderungen
Splittern / Flecken / Rillen

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss

- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten

Menses

Wann war die 1. Menses?

Wann die letzte?

Blutungen sind

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass mein Behandlungsbericht inkl. Labor in anonymisierter Form Therapeutenkreisen und wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt wird.

Datum:

Unterschrift:

