

**NATURHEILPRAXIS**  
DOROTHEA ERLMANN

HEILPRAKTIKERIN

MARGERITENWEG 13  
71083 HERRENBERG

T 07032 34103  
H 0157 86035656  
M INFO@MESO-PRAXIS.DE  
I WWW.MESO-PRAXIS.DE

Datum:

Sehr geehrte(r) Frau, Herr

Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich und schicken Sie den Anamnesebogen vor dem ersten Behandlungstermin an die oben genannte Adresse zurück. Bei der ersten Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben einem strikten Berufsgeheimnis.

Vielen Dank für ihre Bemühungen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ sonstige Tel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Frühere Berufsausübung: \_\_\_\_\_

Freizeit, Sport, Hobby: \_\_\_\_\_

Medizingebrauch: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

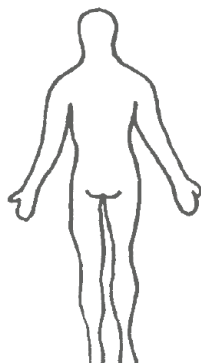
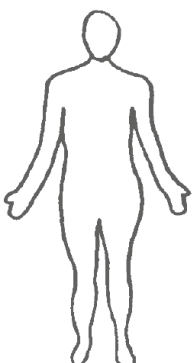
Facharzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? \_\_\_\_\_



Bitte tragen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen schwarz, sowie alle Narben in rot ein.

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen (stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend).

---

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?

---

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?

(z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung)

---

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, usw.)

---

Treten am Tag Schwächeanfälle auf? \_\_\_\_\_

Werden Sie nachts wach – und wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie ist ihr Stuhlgang? \_\_\_\_\_ x täglich / \_\_\_\_\_ x wöchentlich.                      Regelmäßig / Unregelmäßig

Konsistenz: fest / dünn / weich / wässrig, Farbe: weiß / leichtbraun / gelbbraun / dunkelbraun / schwarz

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter? \_\_\_\_\_

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

---

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA / NEIN \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee? Wieviel? \_\_\_\_\_

Welche weiteren Nebenbeschwerden haben Sie zur Zeit?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.)  
und nicht erbliche Belastungen.

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familienmitglieder: \_\_\_\_\_

---

Bitte auf dieser Seite ankreuzen, was auf Sie zutrifft.

Die linke Hälfte ist für frühere Beschwerden, die rechte Hälfte bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden.  
Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl die linke als auch die rechte Hälfte ankreuzen.  
Bei Wahlmöglichkeiten: bitte Nichtzutreffendes streichen.

#### ALLGEMEINES

- Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich
- Wo lokalisiert? \_\_\_\_\_
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme/Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig/morgens/mittags/abends
- Doppeltes- / verschwommenes Sehen
- Allergien: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### MAGEN / DARMTRAKT

- Darmentzündung
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen / Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen, Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### ATEMWEGE / HALS-NASEN-OHREN

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen / Entzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen

#### MUSKELN / GELENKE

- Gespannte / weiche Muskeln
- Lendenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Prickeln / Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen / Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

#### HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- hoher / niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Aderverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz / Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände / Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

#### HAUT

- Ekzem / Ausschlag
- schnell blaue Flecke
- trockene Haut / Schweißneigung
- jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall / spröde Haare

#### NIEREN / HARNLEITER

- Nierenentzündung / Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Urinveränderungen
- Veränderung sexueller Begierde

#### VERFASSUNG

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübeln
- lustlos
- in sich hineinfressen
- ohne Selbstvertrauen
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

FRAU Schwangerschaft JA / NEIN

- Alter erstmaliger Menstruation: \_\_\_\_\_
- schmerzhaftes Menstruation
- unregelmäßige Menstruation
- anhaltende Menstruation
- schmerzhaftes Brüste
- prämenstruelles Syndrom
- weißer Ausfluss (Fluor Albus)

KRANKHEITSGESCHICHTE:

Bitte in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht?  
Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperationen, Ekzembehandlungen auflisten.
2. Kinderkrankheiten auflisten.
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein  
(z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression, usw.)
5. Besuch im Ausland (außerhalb Europa)

ALTER	KRANKHEIT / BESCHWERDEN / SCHWANGERSCHAFT / WERDEGANG
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sind Sie (mit Ausnahme der vorgenannten Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Facharztes, Heilpraktiker, Homöopathen, Iriscopisten, Akkupunkteurs, Magnetisörs, usw. gewesen?

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben?

Welche Krankheit, welcher Unfall, Operation war die letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei stärkerer physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw. – Wenn ja, wann?

Verschlimmerung von: