



Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vor der ersten Behandlung aus. Die Angaben dienen einer optimalen Behandlung und werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank.

Name:		Datum:
Straße u. Wohnort:		
Telefon Privat:	Telefon Geschäft:	
Telefon Mobil:	E-Mail:	
Geb. Datum:	Alter:	
Soziales Umfeld: ☐ in Partnerschaft lebend ☐ Alleinstehend ☐ getrennt lebend ☐ mit Haustier/en		
Familienstand: ☐ Minderj. ☐ Single ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Verwitwet		
Name d. Ehepartners:	Name u. Alter d. Kinder:	

Beruf:	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Mutter ☐ Ruhestand ☐ Arbeitslos ☐ Selbständig
Arbeitgeber:	
Private Krankenversicherung: ☐ Nein ☐ Ja : Name:	

Wie sind Sie auf meine Naturheilpraxis aufmerksam geworden: ☐ Empfehlung ☐ Telefonbuch ☐ Internet ☐ Anderes:
Was ist Ihr Wunsch an mich oder Ihr Behandlungsziel?

Hausarzt:	letzter Besuch:	Letzte Blutabnahme:
Andere behandelnde Ärzte oder Therapeuten:		
Bei mir wurden ärztlicherseits folgende mir bekanntgegebene Diagnosen/Erkrankungen festgestellt:		

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus, Windpocken, Scharlach, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, _____

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Anderes: _____

Evt. Voroperationen:**Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte unterstreichen)**

z.B. Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Hepatitis A, Hepatitis B, Mumps, Masern, Röteln, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Schweinegrippe, Zecken, Meningitis, Pneumokokken, HIB, Windpocken, Corona, Malaria, Andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen? ☐ Ja ☐ Nein

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Gesundheitliche Probleme: - Bitte nach Priorität ordnen -

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Haben Sie Fieber/erhöhte Temperatur: ☐ aktuell ☐ öfter (wann) _____, Höhe _____

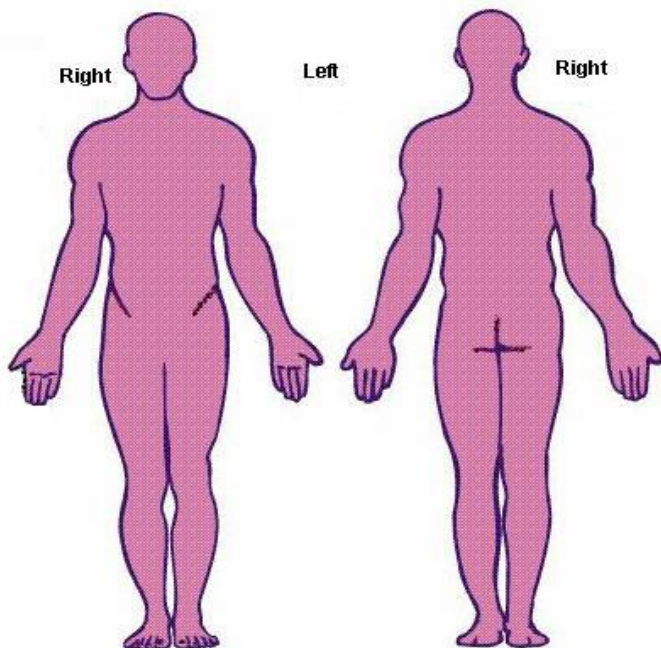
Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente

Was würden Sie gerne wieder machen (z.B. ein Hobby, Sport o.ä.), wenn es Ihnen besser geht?

Welche Art der Behandlung bevorzugen Sie?

- ☐ Ich möchte so schnell wie möglich meine Symptome lindern.
- ☐ Nach Linderung meiner Symptome möchte ich die Ursachen meiner Beschwerden behandeln (erweiterte Therapie)
- ☐ Ich möchte die bestmögliche Behandlung in der Naturheilpraxis Tillmanns erfahren, die über meine akuten Probleme hinausgeht (Gesundheit und Lebensführung verbessern, Wellness)

Schmerzbeschreibung: Bitte ausfüllen, wenn Sie wegen Schmerzen in meiner Praxis sind:**Symbol:**

/////// stechend

XXXX brennend

OOOO Dornen + Nadeln +
OOOO Splitter

+++++ schmerzend

•••• Taubheit

▶▶▶ Ziehend

Umkreisen Sie Ihren augenblicklichen Schmerzlevel:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz		Mild		Moderat		Stark		Intensiv		unerträglich

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener.

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit: _____ Wetterlage, Monatsblutung, sonstiges: _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub.

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung. Sonstiges _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Röntgenbestrahlungen: ☐ Ja ☐ Nein
☐ CT ☐ MRT An welchem Körperteil?

Größe: _____ Gewicht: _____

Hat sich Ihr Gewicht im letzten Jahr geändert? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wieviel? _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme und /oder Nahrungsergänzungsmittel: ☐ Ja ☐ Nein
 Wenn ja, welche? _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten: _____ Allergiepass vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Lebensmittel: _____

☐ Pollen, Heuschnupfen: _____

☐ Hausstaubmilben: _____

☐ Medikamente: _____

☐ Metalle (Nickel, Quecksilber ...) _____

☐ Bienen/Wespen/Hauttiere: _____

☐ Anderes: _____

Belastungen durch:	++++	+++	++	0
Alkohol				
Kaffee				
Cola / Diätgetränke				
Lärmbelästigungen				
Rauchen				
Drogen				
Beruflicher Stress				
Familiärer Stress				
Elektrosmog				

Schlaf /h	> 8	7 - 8	5 - 6	< 5
Wasser/l	> 3	2 - 3	1 - 2	< 1
Mahlzeit	5 +	3 - 4	2 - 3	1 - 2
Geschmacks- richtung:	Süß	Sauer	Scharf	salzig
Sport / Wo.	> 5	3 - 4	1 - 2	0
Sportarten:				

Schlafprobleme:

Akut – chronisch – Einschlafprobleme – Durchschlafprobleme – geistige Unruhe – Ängste – Nachtschweiß – Seelenschmerz – Medikamente – träume viel - körperliche Unruhe, welche? _____

Bei Babys/Kindern: Weinen/Schreien – aufschrecken – morgens nicht schnell wach - Zähneknirschen

Befindlichkeits-Störungen:

schnell blaue Flecke, Muskelschwäche, Entzündungen, unruhige Beine, schlechte Wundheilung, Taubheitsgefühle, Knochenbrüche, Zuckungen, Neigung zu Sehnenscheidenentzündungen, Schwellungen, Gelenksdeformationen, anderes: _____ -

Babys/Kinder: Wachstumsschmerzen, Bauchweh unspezifisch, Wutausbrüche/Zorn,

Krankheiten / Zustände körperlicher - geistiger - seelischer Art: Neigen Sie zu ... oder leiden / litten Sie an:

Stimmungsschwankungen, Schreckhaftigkeit, Depression, Manische Depression, Angst-Störung, Phobie, Suizidversuche, Konzentrationsstörungen, Seelischer Kummer, Vergesslichkeit, Anorexie, Wetterfühligkeit, MS, Bulimie, Melancholisch, ich bin Introvertiert, Müdigkeit, CFS, Parkinson, starke Emotionen/Gefühle, Nervosität, Launisch, Alzheimer, ADS / ADHS, Burnout, anderes: _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnfüllmaterialien: ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

☐ Kronen: Wo: _____ ☐ Inlays: Wo: _____

☐ fehlende Zähne: Welche: _____

☐ Parodontose ☐ Kariesanfälligkeit ☐ wurzelbehandelte Zähne ☐ Zahnkorrektur

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig, Migräne, anders: _____

Augen:

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star, Makuladegeneration, Augenschmerzen, verminderte Sehkraft, grüner Star, Juckreiz in den Augen, ich sehe schwarze Punkte, Nachtblindheit, Flimmern vor d. Augen, Laserkorrektur Narben

Ohren:

Tinnitus rechts/links seit _____ mit Rauschen /mit Pfeifen , Schwerhörigkeit seit _____
Ohrenschmerzen, Ohrensausen, Andere _____

Nase:

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, oft Schnupfen, chronischer Schnupfen, Niesanfälle, Verlust des Geruchssinnes, Disposition zu Nasenbluten

Mandeln/Hals/Mund:

Vermehrtes räuspern, Klos im Hals, Anfälligkeit für Halsschmerzen, Anfälligkeit für Heiserkeit, Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/heute, trockener Mund, Mundgeruch, Neigung zu Aphten, Herpes, Geschmacksverlust

Schilddrüse:

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Herz/Kreislauf:

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schmerzen in der Brust, Herzasen, Herzklopfen, Kreislaufprobleme, Bypass, Schrittmacher

Lunge:

Bronchitis, häufig Husten, Lungenentzündungen, chronische Erkältungen im Winter, Asthma, Anfälligkeit zur Schleimbildung, Apnoe/Schlafapnoe

Leber:

Entzündung, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, gürtelförmige Schmerzen in den Rücken ziehend

Galle:

Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen/Ernährung:

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Esslust ohne Hunger, Viel/wenig Durst, Nahrungsmittelallergien, Erbrechen, Übelkeit, Schluckauf, Aufstoßen, Krämpfe/Koliken, Hernien

Darm:

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperationen, Würmer, 3-Monats Koliken, Blähungen-Geruch

Stuhlgang:

täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____

Neigung zu Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft ..

Arme:

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände ...

Beine:

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken:

Beweglichkeit eingeschränkt, Verspannungen, Osteoporose, Rheuma, Wirbelsäulenverkrümmung, „steif“,

Wirbelsäulenbeschwerden: Hals, Brust, unterer Rücken, Arthrose, Steißbein, OP's _____

Haut/Haare/Nägel:

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Dornwarzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Neurodermitis,

Nagelbettentzündung, Schuppenflechte, Narben nach Jugendakne, sensible Haut mit Tendenz

zu allergischer Reaktion, trockene Haut, Sonnenallergie, fettige Haut, Akne, Rosacea, Haare: trocken – schuppig

– fettig – schuppig – plötzlicher Haarausfall

Narben:

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

☐ Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen, auch kleine.

☐ Nein

Gynäkologie:

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Polypen,

Geschlechtskrankheiten, Vaginalausfluss dauernd, Gebärmuttersenkung, Hitzewallungen,

Hormontherapie, Abtreibung, bisher unerfüllter Kinderwunsch, schwieriger Schwangerschaftsverlauf,

Kaiserschnitt, Probleme bei/nach der Geburt, Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch

Menses:

Wann war die erste Menses: _____ wann die letzte _____

Beschwerden vor – nach –während der Regel - welche (Brustspannen, Schmerzen, Gereiztheit) _____

Dauer der Blutung in Tagen: _____ Blut dunkel/hell/enthält Blutklümpchen.

Klimakterische Beschwerden _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? _____

Prostata:

vergrößert, Entzündungen gehabt/aktuell, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Niere/Blase:

Nierensteine, Blasenentzündungen / chronisch – akut, Schmerzen beim Wasserlassen,

Harn:

viel, wenig, häufig, Harninkontinenz/ tagsüber, im Schlaf, bei Belastungen, _____ -

Geruch nach _____

Schlaf:

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen.

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Energie - Vitalität - Lebenslust – Lebensfreude:

fühle mich fit - bin aktiv am Tag - beim Aufstehen morgens müde - fühle mich müde - bin aktiv in der Nacht nach dem Essen müde - fühle mich erschöpft, ausgebrannt - freue mich an mir und meinem Leben

Bitte nur bei Kinderanamnese ausfüllen:

Entwicklung - Hat sich ihr Kind normal entwickelt? ☐ Ja ☐ Nein

Organdefekte: wo..wie..was? _____

Motorische Schwierigkeiten: Feinmotorische - Grobmotorische

Sprachstörungen – Stottern - Anderes

Wachstumsstörungen – Verhaltensauffälligkeiten - ADS/ADHS - Daumenlutschen

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? _____ laufen? _____ Sprechen ? _____

Wann war Ihr Kind trocken? _____

Besonderheiten während der Schwangerschaft: _____

Alles andere, was Ihnen als Mutter oder Vater auffällt und für Sie wichtig ist ☺:

Schulische Themen:

- ☐ Konzentrationsstörungen ☐ Gedächtnisschwäche ☐ Vergesslichkeit ☐ Kopfschmerzen
☐ Prüfungs-Angst ☐ Mathematik ☐ Sprachen ☐ Grammatik ☐ Lesen ☐ motorische Störungen
☐ sprachliche Störungen ☐ Nervosität / Hyperaktivität ☐ mangelndes Selbstvertrauen
☐ Aggressives Verhalten vom Kind ausgehend ☐ Aggressives Verhalten von Mitschülern ausgehend
☐ Verhaltensauffälligkeiten ☐ Probleme mit Lehrer/In ☐ räumliche Orientierung ☐ Probleme m. Mitschülern
☐ Legasthenie ☐ Dyskalkulie ☐ Tagträumen ☐ Textverständnis ☐ zieht sich zurück (Schneckenhaus)
☐ ist ruhig/scheu traut sich nicht ☐ unkorrektes Verhalten von Lehrern ☐ Anderes _____

Es besteht eine Informationspflicht, wenn Sie eine dieser Infektions-Krankheiten bereits hatten

- ☐ Hepatitis ☐ Gonorrhoe ☐ HIV/AIDS ☐ Tuberkulose ☐ Keuchhusten ☐ Syphilis
☐ Malaria ☐ Pfeiffisches Drüsenfieber ☐ andere Infektionskrankheit: _____

Medizinische Informationen:

Auch wenn ernste Komplikationen sehr selten sind, bin ich rechtlich gehalten, Ihnen die seltenen Ausnahmefälle darzulegen.

So kann es bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abszessbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis zum allergischen Schock oder sekundärer Nervenschädigungen kommen. Bei der Infusionstherapie sind ebenfalls allergische Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag möglich.

Bei der Verabreichung von homöopathischen Einzelmitteln in höheren Potenzen (höhere Verdünnungsstufen) kann es durchaus zu Erstreaktionen kommen. Hierbei handelt es sich um positive Reaktionen des Organismus auf die Verabreichung des Medikamentes. Sollten Sie irgendwelche Symptome bemerken, melden Sie sich bitte sofort. Nur der Fachmann und der Verordner des Mittels kann dann feststellen und entscheiden, ob es sich um eine derartige positive Erstreaktion handelt mit möglichen Hinweisen, weiteren Mittelgaben oder ob zufällig eine andere Symptomatik, die nichts mit der Behandlung zu tun hat, eingetreten ist.

Liebe(r) Patient(in), diese Anmerkungen sollen Sie nicht verunsichern. Wir werden in Ihrem und in unserem Interesse alles daransetzen, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die oben beschriebenen Risiken auf ein Minimum beschränkt sind.

Finanzielle Informationen:

Da Sie den Anspruch und auch das Recht auf ein hohes naturheilkundliches Niveau haben, möchte ich Sie darauf hinweisen, dass eine kostenfreie Terminabsage bis spätestens 48 Stunden (2 Arbeitstage) vor dem jeweilig aktuellen Termin möglich ist.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden pauschal mit 110 € in Rechnung gestellt. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Aufgrund der rein naturheilkundlichen Diagnostik und Therapie können in der Rechnungsstellung unter Umständen keine klinisch-wissenschaftlichen Diagnosen angegeben werden und dadurch bedingt möglicherweise Leistungen von einer bestehenden Privatversicherung nicht erstattet werden, was keinen Einfluss auf die Erstattungspflicht zum Ausgleich der Honorarrechnung hat.

Die gesamten Kosten der naturheilkundlichen Behandlung werden von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen und die Kosten von einer evtl. bestehenden privaten Krankenversicherung werden möglicherweise teilweise oder ganz nicht übernommen.

Unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten Erstattungen durch private Krankenversicherungen sind die Behandlungskosten an die Heilpraktikerin zu zahlen.

Ich habe die obigen Texte gelesen und verstanden:

Kerken, den _____

Unterschrift: _____