

## Anamnesebogen

Liebe Patienten, bitte füllen Sie den Fragebogen so **genau** wie möglich aus und **bringen Sie ihn inkl. Ihrer letzten Blutuntersuchungsergebnisse und Befunde Ihres Hausarztes**, zur Erstkonsultation in meiner Praxis mit.

Name: ..... Vorname: .....  
Straße/Nr.: .....  
PLZ/Ort: .....  
Geburtstag: ..... Geburtsort: .....  
Telefon: ..... Mobil: .....  
Fax: ..... E-Mail: .....  
Größe/Gewicht: ..... Beruf: .....  
Empfehlung: ..... Familienstand: .....

Was ist Ihr Wunsch an mich? .....

Was ist Ihr Ziel? .....

Was sollte sich unbedingt in Ihrem Leben ändern? .....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung? .....

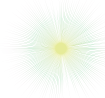
## Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann (bitte nach Wichtigkeit ordnen)?

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

Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits bekommen?

Wie war der Erfolg?  sehr gut  mäßig  schlecht



# Ulrike Müller-Ruchholtz

Heilpraktikerin mit Chemiestudium

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- eine Erkrankung, welche .....
- eine Operation, welche .....
- Hautausschlag       Kummer / Trauer       Ärger       Schreck       Medikamente

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Wichtig, bitte ganz genau angeben (Name des Medikaments und seit wann Sie es nehmen)

1. .... seit: .....
2. .... seit: .....
3. .... seit: .....
4. .... seit: .....

## Krankengeschichte

Welche Infektionskrankheiten, auch in der Kindheit, haben Sie durchgemacht?

- Masern       Keuchhusten       Kinderlähmung       Mumps       Windpocken  
 Malaria       Syphilis       Röteln       Scharlach       Salmonellose  
 Tuberkulose       Gonorrhoe (Tripper)       Tropenkrankheit       Pfeiffersches Drüsenfieber

Wurden Sie schon einmal / öfter mit Antibiotika/Penicilin behandelt?     ja     nein

wenn ja, wie oft im Jahr? .....

Haben Sie Narben?     ja     nein

wenn ja, wo? .....

Bereiten diese Beschwerden?     ja     nein

wenn ja, welche? .....

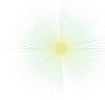
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs       Tuberkulose       Geschlechtskrankheiten       Herzerkrankungen  
 Gefäßerkrankungen       Schlaganfall       Geisteskrankheiten       Epilepsie  
 Multiple Sklerose       Asthma       Neurodermitis       Allergien  
 Rheuma       Zuckerkrankheit       Gicht       Schuppenflechte  
 Selbstmord       Nierensteine       Migräne       Gallensteine

andere: .....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z. B. Vegetarier oder Vegander u. a.)?

.....



# Ulrike Müller-Ruchholtz

Heilpraktikerin mit Chemiestudium

## Welche Impfungen haben Sie bekommen (falls vorhanden, Impfpass mitbringen)?

- |                                     |                                    |                                  |  |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Mumps     | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Keuchhusten   |
| <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Röteln  | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> FSME       | <input type="checkbox"/> Hib       | <input type="checkbox"/> Grippe  | <input type="checkbox"/> Windpocken    |

## Gab es Reaktionen nach den Impfungen?

- |                                 |                                  |                                 |   |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Verhaltensänderungen |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|

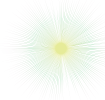
## Symptome

### Körperliche Symptome

- |               |  |                   |  |
|---------------|--|-------------------|--|
| <b>Herz</b>   | <input type="checkbox"/> Beschwerden<br><input type="checkbox"/> Druckgefühl/Beklemmung<br><input type="checkbox"/> Infarkt<br><input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen  | <b>Lunge</b>      | <input type="checkbox"/> häufig Husten<br><input type="checkbox"/> häufig Bronchitis<br><input type="checkbox"/> Atemnot   |
| <b>Leber</b>  | <input type="checkbox"/> Entzündung<br><input type="checkbox"/> Hepatitis  | <b>Galle</b>      | <input type="checkbox"/> Steine/Koliken<br><input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit  |
| <b>Blase</b>  | <input type="checkbox"/> häufige Entzündungen<br><input type="checkbox"/> häufiges Urinieren<br><input type="checkbox"/> kann Urin nicht halten  | <b>Magen</b>      | <input type="checkbox"/> Völlegefühl<br><input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit<br><input type="checkbox"/> saures Aufstoßen   |
| <b>Darm</b>   | <input type="checkbox"/> Neigung zu Verstopfung<br><input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfällen<br><br><input type="checkbox"/> Entzündungen<br><input type="checkbox"/> Infektionen<br><input type="checkbox"/> Blähungen, Geruch nach: .....  | <b>Stuhlgang</b>  | <input type="checkbox"/> täglich, ..... in der Woche   |
| <b>Rücken</b> | <input type="checkbox"/> Verspannungen<br><input type="checkbox"/> Ischialgie<br><input type="checkbox"/> Skoliose   | <b>Konsistenz</b> | <input type="checkbox"/> hart<br><input type="checkbox"/> weich<br><input type="checkbox"/> dunkel<br><input type="checkbox"/> hell<br><input type="checkbox"/> schmierig<br><input type="checkbox"/> knollig                                  |
| <b>Haut</b>   | <input type="checkbox"/> schlecht heilende Wunden<br><input type="checkbox"/> Geschwüre/Furunkel<br><input type="checkbox"/> Warzen<br><input type="checkbox"/> Pilze<br><input type="checkbox"/> Juckreiz<br><input type="checkbox"/> Verbrennungen<br><input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel<br><input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen | <b>Arme</b>       | <input type="checkbox"/> Kribbeln<br><input type="checkbox"/> Tennisellenbogen<br><input type="checkbox"/> Verletzungen<br><input type="checkbox"/> Rheuma<br><input type="checkbox"/> Kalte Hände<br><input type="checkbox"/> Reynaud-Syndrom |

### Urologische Symptome

- |                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>Prostata</b> | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen<br><input type="checkbox"/> vergrößert | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen, auch nachts<br><input type="checkbox"/> entzündet |
|-----------------|---|---|



# Ulrike Müller-Ruchholtz

Heilpraktikerin mit Chemiestudium

## Gynäkologisch Syptome

- |                  |                                     |  |   |                                |
|------------------|-------------------------------------|--|---|--------------------------------|
| <b>Ausfluss</b>  | <input type="checkbox"/> keinen     | <input type="checkbox"/> stark         | <input type="checkbox"/> gelblich             | <input type="checkbox"/> weiß  |
| <b>Periode</b>   | <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> unregelmäßig  | <input type="checkbox"/> sehr schmerzhaft     |                                |
| <b>Blutungen</b> | <input type="checkbox"/> hell       | <input type="checkbox"/> dunkel        | <input type="checkbox"/> klumpig              | <input type="checkbox"/> braun |
| <b>Menses</b>    | <input type="checkbox"/> Tumore     | <input type="checkbox"/> Zysten        | <input type="checkbox"/> Infektion/Entzündung | <input type="checkbox"/> Myome |
|                  | <input type="checkbox"/> 1. Menses  | <input type="checkbox"/> letzte Menses | <input type="checkbox"/> Verhütungsmittel     |                                |

## Chronologische Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen / Operationen beginnend mit der am längsten zurückliegenden:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

## Ernährung

Wie viel Liter und was genau trinken Sie täglich (auch Alkohol und Kaffee)?

.....

.....

Was konsumieren Sie (bitte genau angeben)?

- |                  |                             |                               |                         |                    |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------|
| Zucker           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |
| Kuchen           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |
| Süßigkeiten      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |
| Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |
| Milchprodukte    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |
| Eier             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |
| Nüsse            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wieviel? ..... | und wie oft? ..... |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

starkes Verlangen nach: .....

große Abneigung gegen: .....

Nahrungsmittelallergie auf: .....

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsangewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?  ja  nein



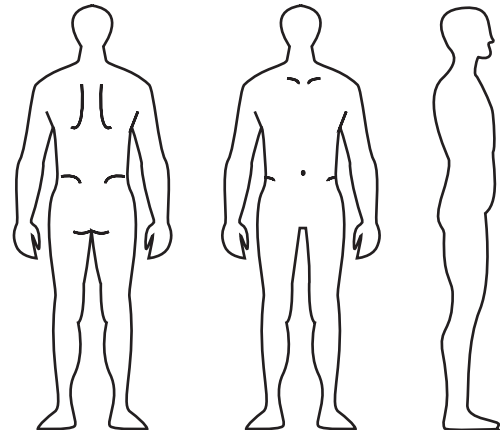
# Ulrike Müller-Ruchholtz

Heilpraktikerin mit Chemiestudium

## Schmerzen

Wo treten Schmerzen auf (Bitte an Figuren kennzeichnen)?

- Kreuz = punktförmiger Schmerz
- Linie = unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil = asstrahlender Schmerz



Geben Sie bitte eine Skala für den Hauptschmerz an:

schwach                      mittel                      sehr stark

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Seit wann haben Sie die Schmerzen? .....

Gab es ein auslösendes Ereignis? .....

Wie oft haben Sie Schmerzen?

- immer
- wöchentlich
- mehrmals am Tag
- seltener
- alle paar Tage

Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend
- klopfend
- reißend
- dumpf
- Bewegungseinschränkung
- brennend
- drückend
- kolikartig
- beengend
- Seh-/Hörstörungen
- stechend
- krabbelnd
- krampfend
- bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

- körperliche Belastung
- Sitzen
- Kälte
- Husten
- Wetterlage
- längeres Stehen
- Gehen
- Wärme
- Niesen
- Monatsblutung
- Stress
- Nahrungsmittel
- Tageszeit

Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe
- Kälte
- Urlaub
- Schlaf
- Wärme
- Schmerzmittel
- Bewegung
- Sport

Andere Symptome zum Schmerz?

- Blässe
- Muskelschwäche
- Berührungsempfindlichkeit
- Hautrötung
- Schweißbildung
- Gangunsicherheit
- Schwellung
- Müdigkeit

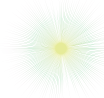
## Haare

Haarausfall?     ja     nein    wenn ja, seit wann? .....

## Schilddrüse

Funktionsstörungen?     Überfunktion                       Unterfunktion                       Operation

Schilddrüsenmedikamente: .....



# Ulrike Müller-Ruchholtz

Heilpraktikerin mit Chemiestudium

## Zähne

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne, wenn ja wieviele? .....

Haben oder hatten Sie Amalgan- oder Palladium Zahnfüllungen?  ja  nein  weiß nicht

Wann wurden diese entfernt? .....

Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet (wichtig!)?  ja  nein  weiß nicht

Wo (Zahnarzt, Heilpraktiker, o. a.) und wie wurden sie ausgeleitet? .....

## Externe Belastungen

Wurde Ihre Wohnung auf Geopatische- und Elektrosmog hin untersucht?  ja  nein

Wie ist Ihre Wohnung / Haus beschaffen?

<input type="checkbox"/> Antiquitäten	<input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe	<input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung
<input type="checkbox"/> Internet, WLAN	<input type="checkbox"/> Teppichböden	<input type="checkbox"/> schnurlose Telefone
	<input type="checkbox"/> Wasserbett	

Wie ist Ihr Schlaf?

<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen	<input type="checkbox"/> häufiges Erwachen um ca. .... Uhr	<input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen
<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf	<input type="checkbox"/> Schlaf in Bauchlage
<input type="checkbox"/> Schlaf in Rückenlage	<input type="checkbox"/> heiße, brennende Füße	<input type="checkbox"/> zusammengerollt
	<input type="checkbox"/> Schlaf auf der Seite	

Wenn ich erwache fühle ich mich?  ausgeruht / erfrischt  müde / schlapp / unausgeschlafen

## Erlauben Sie zum Abschluss noch einige Emotionale Fragen

Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  nein

Beängstigen Sie enge Räume?  ja  nein

Sind Sie müde und erschöpft?  ja  nein

in letzter Zeit verstärkt reizbar?  ja  nein

mangelnde Konzentration?  ja  nein

Plagen Sie Ängste oder Schuldgefühle?  ja  nein

Wie belastbar sind Sie?  sehr belastbar  mäßig belastbar  gar nicht belastbar

Wie leistungsfähig fühlen Sie sich zur Zeit? .....

Haben Sie einen festen Partner?  ja  nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner?  sehr gut  gut  mäßig

Sind Sie mit Ihrer Lebenssituation zufrieden?  ja  nein

Sind Sie glücklich? .....

Ort / Datum .....