



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

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

<b>Beruf:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Selbständig
<b>Arbeitgeber:</b>	
<b>Private Krankenvollversicherung:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : Name:	
<b>Private Zusatzversicherung:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja : Name:	

<b>Wie sind Sie auf meine Naturheilpraxis aufmerksam geworden:</b> <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Anderes:
<b>Was ist Ihr Wunsch an mich oder Ihr Behandlungsziel?</b>

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

**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:**

**Waren sie schon einmal bewusstlos?**

**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?**

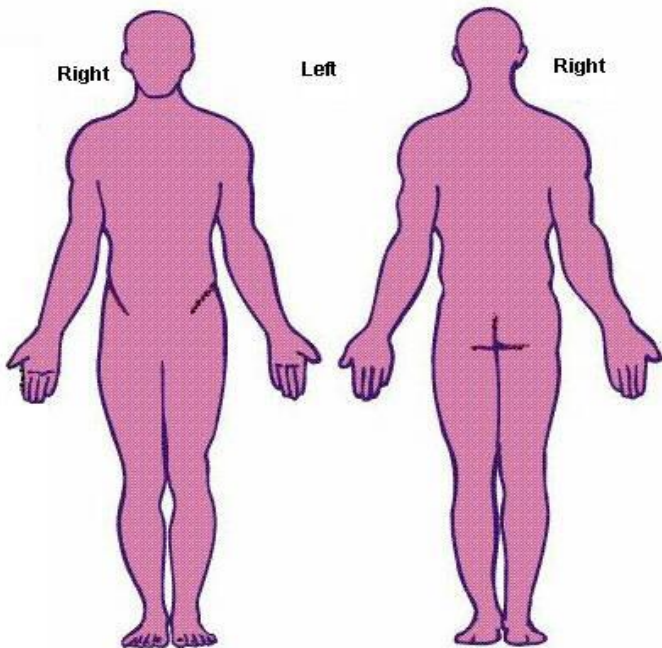
z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente ....

**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:**

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

**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/Haustiere: \_\_\_\_\_

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 Sehnscheidenentzündungen, 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, Herzrasen, 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, Nachtschweiß, 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:

Sie wissen, dass die Medizin nach ganzheitlichen Aspekten sehr zeitaufwendig ist.

**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 95 € 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 oder Beihilfestelle 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 und/oder Beihilfestellen werden möglicherweise teilweise oder ganz nicht übernommen.

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

### **Ich habe die obigen Texte gelesen und verstanden:**

Kerken, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_