



Akademie Cellsymbiosistherapie

Anamnese-Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus
und bringen ihn zum ersten Termin mit.
Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen
oder mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname		Name	
Straße			Nr.
PLZ	Ort		
Telefon	Mobil	Fax	
Geburtstag	Geburtsort	Geburtszeit	
Körpergröße / Gewicht		Beruf	

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____
6. _____ seit: _____
7. _____ seit: _____
8. _____ seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wieviele 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 zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Emotionales

- Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein
 Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
 Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein
 Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein
 Mögen Sie enge Räume (Fahrstühle etc.)? ja nein

- Mangelnde Konzentration? ja nein
 Sind Sie müde und erschöpft? ja nein
 Reizbarkeit verstärkt? ja nein
 Ängste-Schuldgefühle-Konflikte? ja nein
 Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

- Schwitzen Sie leicht? ja nein
 Schwitzen Sie Nachts? 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

Wie ist ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?
 sehr gut gut mäßig schlecht

- Haben Sie einen Partner(in)? ja nein

Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner(in)?
 sehr gut gut mäßig schlecht

- Sind Sie glücklich? ja nein

Ernährung

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

Was trinken Sie?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Zucker |
| <input type="checkbox"/> Nüsse | |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach

- Süß
- Sauer
- Pikant
- Bitter
- Salzig
- Scharf
- Fleisch
- Eier
- Obst
- Nikotin
- Alkohol

Abneigungen gegen

- Süß
- Sauer
- Pikant
- Bitter
- Salzig
- Scharf
- Fleisch
- Eier
- Fett
- Alkohol

Nahrungsmittel-Allergien auf:

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja nein
 wenn ja welche:

Wurden Sie gestillt? ja nein

War ihre Geburt eine natürliche? ja nein

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

Wohnung

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz auf Geopatische und Elektromok-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

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____
- nächtliches Wasserlassen. Wie oft: _____
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen im Schlaf
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

Schlaflage

- Bauch
- Rücken
- links
- rechts
- sitzend
- kniend
- zusammengerollt

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 der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare

- Haarausfall
- kreisrunder
- vereinzelter
- seit wann: _____

Augen

- Bindehautentzündung
- kurzsichtig
- weitsichtig
- sonstige Beschwerden
- Brille seit: _____

Ohren

- Schmerzen links
- Schmerzen rechts
- beidseitig
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörig
- Ohrengeräusche
- Ohrendruck

Zähne/Kiefer

- Häufige Zahnarztbesuche
- Beschwerden bei der Zahnung
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf
 - heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- Ja Nein

Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam
- Gold
- Titan
- Kunststoff
- Keramik
- Palladium

Nase

- Operationen
- Heuschnupfen
- Allergien auf: _____

- behinderte Nasenatmung

- Nase verstopft

Absonderungen:

- wässrig schleimig
- eitrig grünlich
- häufig Nasennebenhöhlenentzündungen

Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Vergrößerung
- Operation

Brust . Bauch . Rücken

Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

Herz

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

Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

Leber

- Entzündungen
- Hepatitis

Galle

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

Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Nahrungsmittelallergien

Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose

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

Beine

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

Rücken

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

Haut/Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf:

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

- Ausfluß
- keinen
 - stark
 - weiß
 - gelb
 - wundmachend
 - färbt die Wäsche
- Schmerzen
- Eierstockentzündungen
 - Ausschabungen
 - Fehlgeburten
 - Geburten / wieviele: _____
 - Abtreibungen
 - Tumore
 - Zysten
 - Myome
 - Geschlechtskrankheiten

Menses

- Wann war die erste 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