taramax®
Gesundheit neu verstehen

www.taramax.de

Jörn Becker

Heilpraktiker
Am Averdunkshof 3 a-b
47447 Moers

02841-8814844
02841-8814884
joernbecker@gmx.de
http://www.beckerplus.de

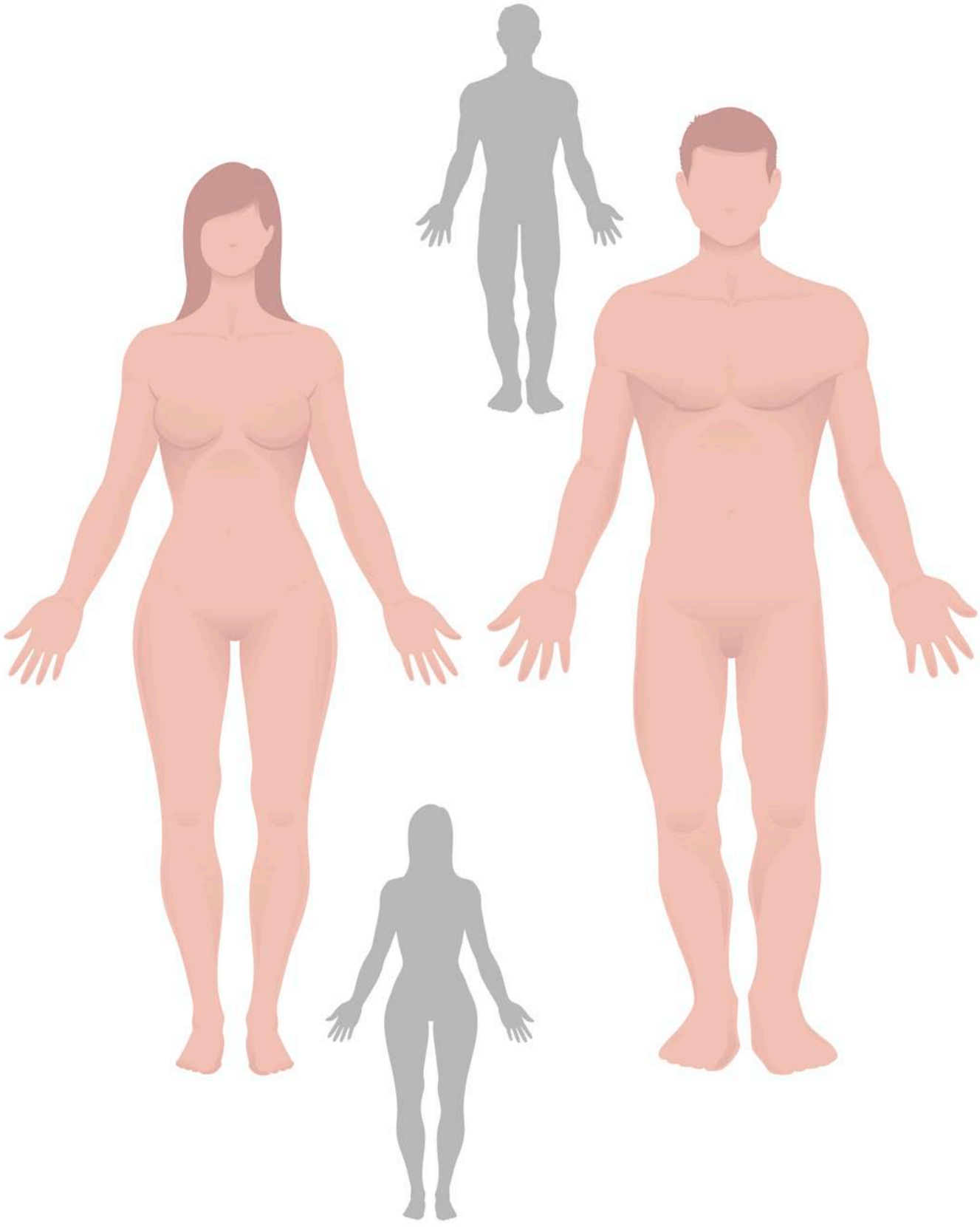
Anamnese-Fragebogen

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	Geburtstag	
Mobil	Geburtsort	
E-Mail	Körpergröße	Gewicht
Beruf		

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.



Akute 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:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- ☐ Eine Erkrankung
- ☐ Kummer
- ☐ Trauer
- ☐ Schreck
- ☐ Operationen
- ☐ Hautausschläge
- ☐ andere:

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Allgemeine Symptome

☐ Mangelnde Konzentration
☐ Ich bin müde und erschöpft
☐ Ich bin verstärkt reizbar
☐ Ich habe Ängste–Schuldgefühle–Konflikte

☐ Ich schwitze sehr schnell
☐ Ich schwitze in der Nacht
An welchem Körperteil?
.....
.....
☐ kalter Schweiß
☐ warmer Schweiß

☐ Ich friere sehr schnell
☐ Kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
☐ sehr belastbar
☐ mäßig belastbar
☐ gar nicht belastbar

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
☐ häufig ☐ selten ☐ nie
☐ Stirn–Augen–Schläfenregion
☐ Hinterhauptregion
☐ morgens ☐ abends
☐ halbseitig ☐ doppelseitig
☐ links ☐ rechts
☐ wandernd von links nach rechts
☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen:
.....
Was verbessert:
.....
Was verschlechtert:
.....

Leiden Sie unter Haarausfall?
☐ ja, seit: .....
☐ kreisrunder Haarausfall
☐ vereinzelter Haarausfall

Augen
☐ Bindehautentzündung
☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig
☐ sonstige Beschwerden
☐ Brille seit: .....

Ohren
☐ Schmerzen links
☐ Schmerzen rechts
☐ beidseitig
☐ Mittelohrentzündungen
☐ Schwerhörig
☐ Ohrengeräusche
☐ Ohrendruck

Nase
☐ Operationen ☐ Heuschnupfen
☐ Nasennebenhöhlenentzündungen
☐ behinderte Nasenatmung
☐ Nase verstopft
Absonderungen:
☐ wässrig ☐ schleimig
☐ eitrig ☐ grünlich
☐ Allergien auf:
.....

Mandeln
☐ Operation
☐ häufig Mandelentzündungen
☐ als Kind
☐ heute

Schilddrüse
☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion
☐ Vergrößerung ☐ Operation

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

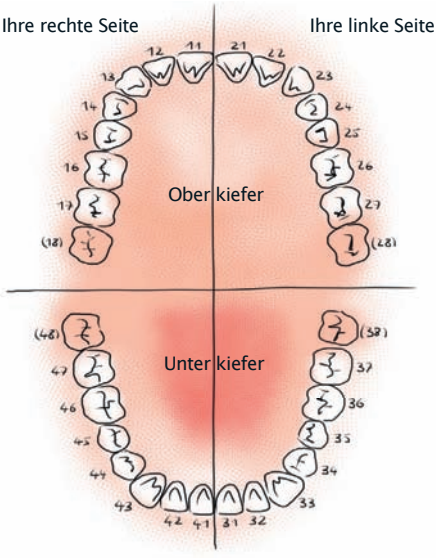
☐ Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
☐ Wurzelbehandelte Zähne
☐ Tote Zähne
Empfindliche Zähne auf:
☐ heiß ☐ kalt
☐ Parodontose/Paradontitis

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
☐ Ja ☐ Nein

Zahnfüllmaterialien:
☐ Amalgam ☐ Gold
☐ Titan ☐ Kunststoff
☐ Keramik ☐ Palladium
☐ Implantate

Kiefergelenke:
☐ Schmerzen
☐ Geräusche beim Kauen
☐ Blockade
☐ Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Körper und Organfunktionen

Brustdrüse
- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Herz
- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmung
- ☐ Rythmusstörungen

Lunge
- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot

Leber
- ☐ Entzündungen
- ☐ Hepatitis

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

Magen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen

Rücken
- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannungen
- ☐ Myokylosen

Niere/Blase
- ☐ Nierensteine,
- ☐ Entzündungen
  - ☐ häufig: .....

Harn
- ☐ viel
- ☐ wenig
- ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ Geruch nach:

Darm
- ☐ Infektionen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarmoperation
- ☐ Blähungen
- ☐ Reizdarm
- ☐ chr. Darmerkrankungen
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen

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
- ☐ 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

Sexualität
- ☐ vermindert
- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Frau

Ausfluß:
- ☐ keinen ☐ stark
- ☐ weiß ☐ gelb
- ☐ wundmachend
- ☐ färbt die Wäsche

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabungen
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Geburten / vieviele:
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Sterilisation

Verhütungsmaßnahmen:
- ☐ Antibabypille
- ☐ Spirale
- ☐ Hormonspritze

Wann war die erste Menses?
.....

Wann die letzte?
.....

Blutungen sind:
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Mann

Prostata
- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Geschlechtskrankheiten

Urologisch
- ☐ Sterilisation
- ☐ Erektionsprobleme

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?
☐ ja ☐ nein

Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektrosmog, Geopathie, Umwelttoxine)
☐ 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
☐ Ledermöbel

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
☐ Lebhafte Träume

Wieviel Liter trinken Sie täglich?
☐ unter 500ml ☐ unter 1 Liter
☐ ca. 1–2 Liter ☐ über 2 Liter

Was trinken Sie?
☐ Wasser ohne Kohlensäure
☐ Wasser mit Kohlensäure
☐ Fruchtsäfte
☐ Softdrinks
☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Milch
☐ Bier ☐ Wein

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	nie	selten	1x pro Tag	mehrmals täglich
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Zucker	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

.....

.....

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

.....
Datum, Unterschrift

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben möglichst von Kindheit an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ Röteln
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Windpocken
- ☐ Scharlach
- ☐ Tetanus
- ☐ Kinderlähmung
- ☐ Malaria
- ☐ Salmonellose
- ☐ Ruhr
- ☐ Siphilis
- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
- ☐ Gonorrhoe (Tripper)
- ☐ Tropenkrankheiten
- ☐ Tuberkulose

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

.....

.....

.....

Haben Sie Narben von Operationen?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

☐ ja ☐ nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- ☐ Krebs
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Geisteskrankheiten
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herzkrankheiten
- ☐ Gefäßerkrankungen
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Asthma
- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Rheumatismus
- ☐ Steinkrankheiten
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Gicht
- ☐ Allergien
- ☐ Schuppenflechte
- ☐ Neurodermitis
- ☐ andere:

.....

.....

.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- ☐ Tuberkulose (BCG)
- ☐ Röteln
- ☐ Polio (Kinderlähmung)
- ☐ Cholera
- ☐ Diphterie
- ☐ Gelbfieber
- ☐ Tetanus
- ☐ Hepatitis
- ☐ HIB
- ☐ Pocken
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Grippe
- ☐ Masern
- ☐ Mumps
- ☐ andere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber
- ☐ Krämpfe
- ☐ Unruhe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderungen