



Benjamin Tischoff

Heilpraktiker

Schulstrasse 3

85084 Langenbruck

HINWEIS zur Anfahrt: Langenbruck gehört zu Reichertshofen und in Reichertshofen gibt es auch eine „Schulstrasse 3“, deshalb geben Sie bitte in Ihr Navigationssystem unbedingt den Ort „Langenbruck“ und die „Schulstr. 3“ ein.

Telefon: 08453 / 330 918

E-Mail: HPTischoff@gmail.com

Homepage: www.naturheilpraxis-tischoff.de

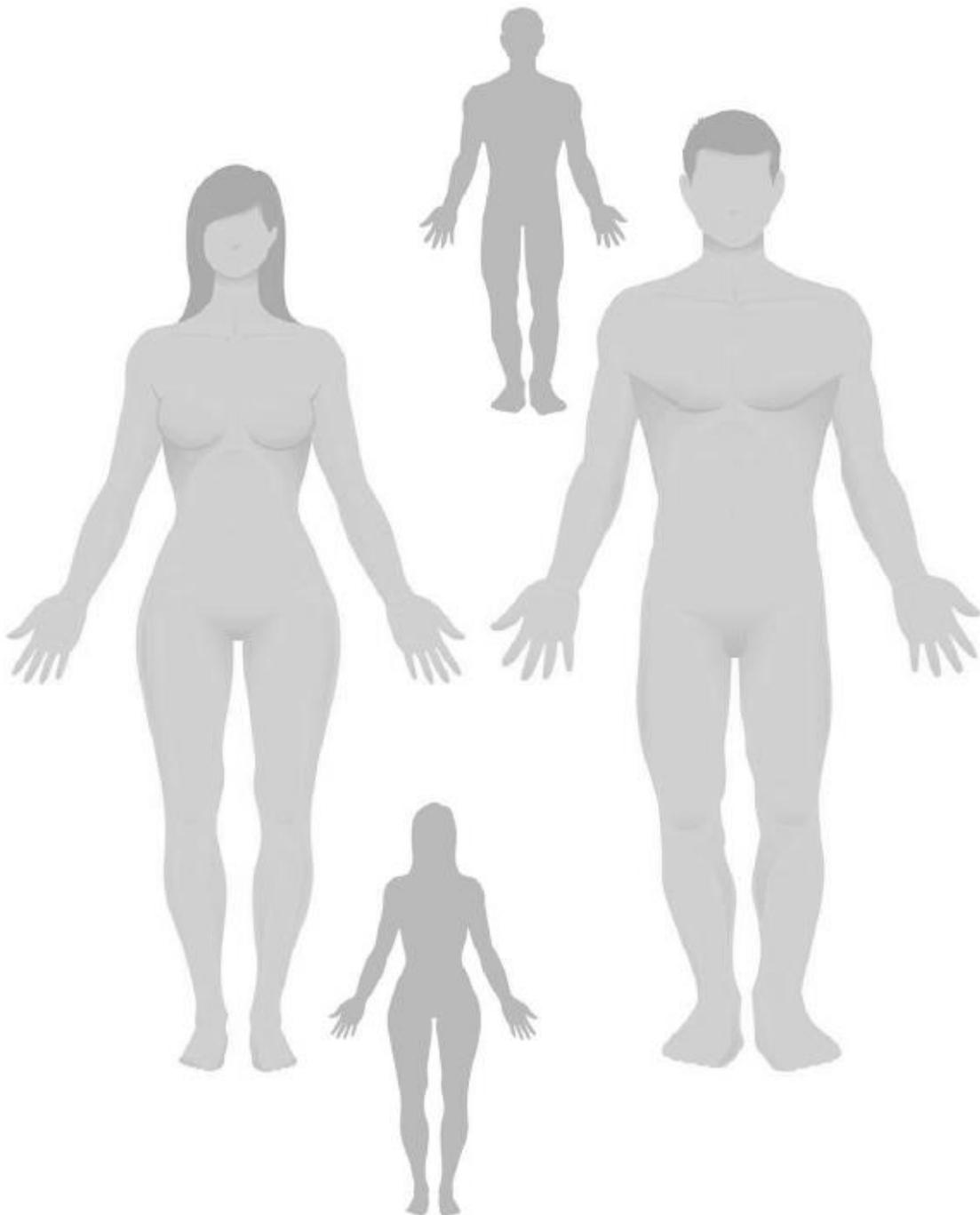
Anamnese-Fragebogen

Bitte nehmen Sie sich Zeit bei der genauen Beantwortung des Anamnesebogens und bringen diesen zum ersten Termin mit. Es genügt bei den Beispielen ein Kreuz zu setzen, wenn diese zutreffen oder mit eigenen Worten zu beschreiben

Vorname		Name	
Straße			Nr.
PLZ	Ort		
Telefon		Geburtsstag	
Mobil		Geburtsort	
E-Mail		Körpergröße	Gewicht
Beruf			

Akute Beschwerden (1)

Markieren Sie bitte intuitiv an welchen Körperstellen Sie akute Beschwerden haben.



Akute Beschwerden (2)

Bitte ordnen Sie Ihre akuten Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit und seit wann Sie darunter leiden.

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-Schlafenregion
- 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

Auf die Gesundheit des gesamten Körpers können sich erkrankte Zähne
und Zahnwerkstoffe negativ auswirken.

- Erschwerter Durchbruch
der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:
 - heiß kalt
- Parodontose/Parodontitis

- Wurden bei Ihnen
Amalgamfüllungen entfernt?
- Ja Nein

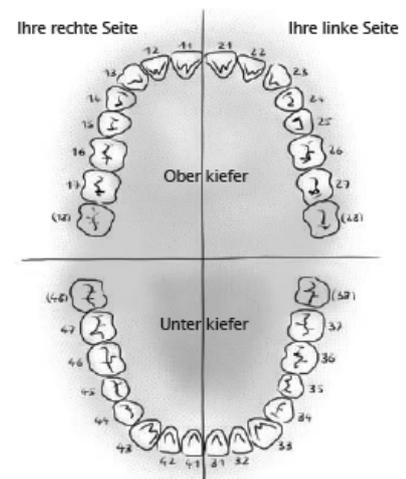
Zahnfüllmaterialien:

- Amalgam Gold
- Titan Kunststoff
- Keramik Palladium
- Implantate

Kiefergelenke:

- Schmerzen
- Geräusche beim Kauen
- Blockade
- Zähneknirschen

Markieren Sie bitte behandelte oder
erkrankte Zähne oder Zahnfleisch



Körper und Organfunktion

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 / wieviele:
- 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?
(Elektromog, 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
 Lebhaftige 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

