



NATURHEILPRAXIS  
**SCHMIEDER**  
HEILPRAKTIKER

## Martin Schmieder

Heilpraktiker  
Marktplatz 14  
72250 Freudenstadt

 0744185404

 07441951069

 [info@naturheilpraxis-schmieder.de](mailto:info@naturheilpraxis-schmieder.de)

 [www.naturheilpraxis-schmieder.de](http://www.naturheilpraxis-schmieder.de)

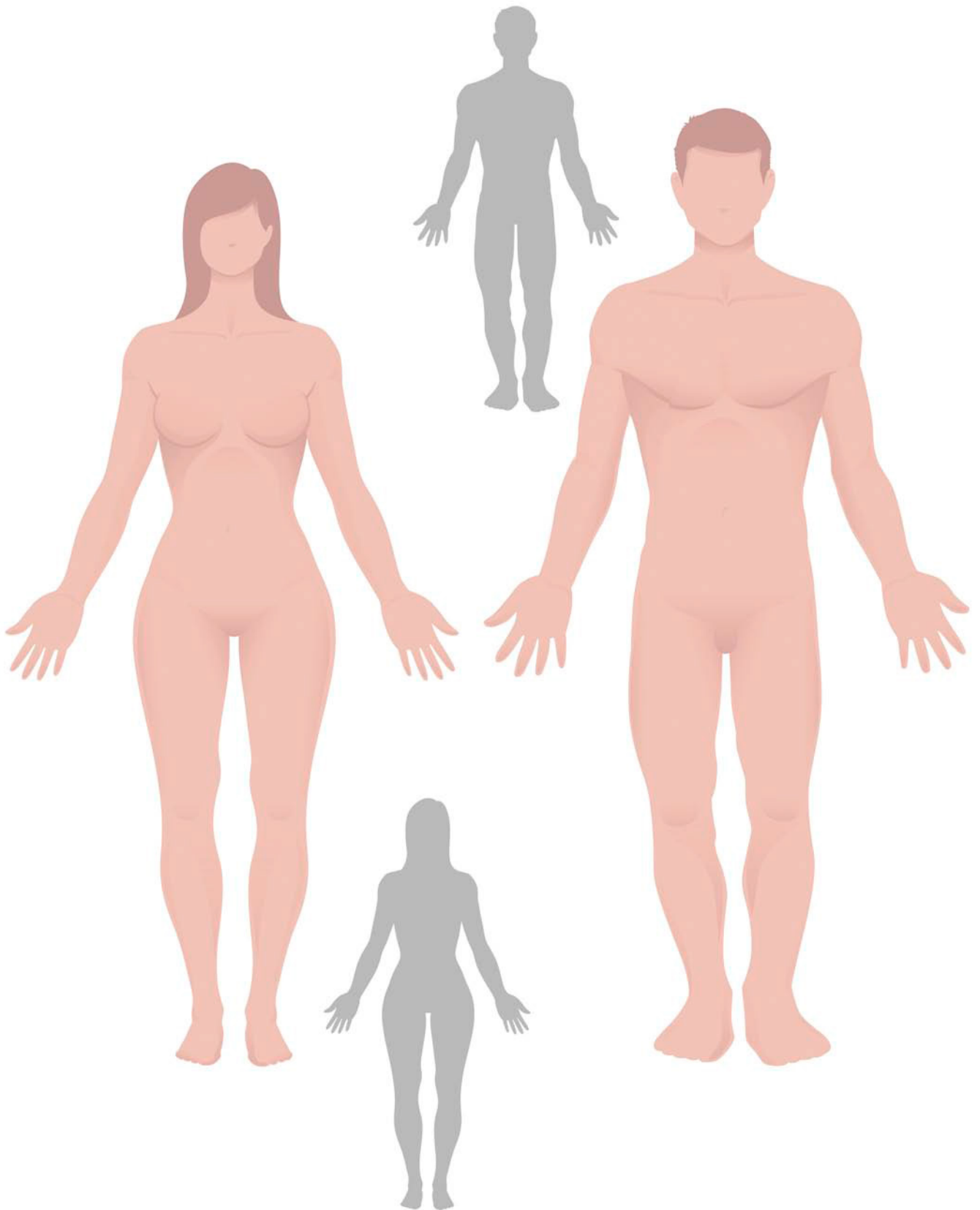
## Anamnese-Fragebogen

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?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eine Erkrankung | <input type="checkbox"/> Kummer         |
| <input type="checkbox"/> Trauer          | <input type="checkbox"/> Schreck        |
| <input type="checkbox"/> Operationen     | <input type="checkbox"/> Hautausschläge |
| <input type="checkbox"/> 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.

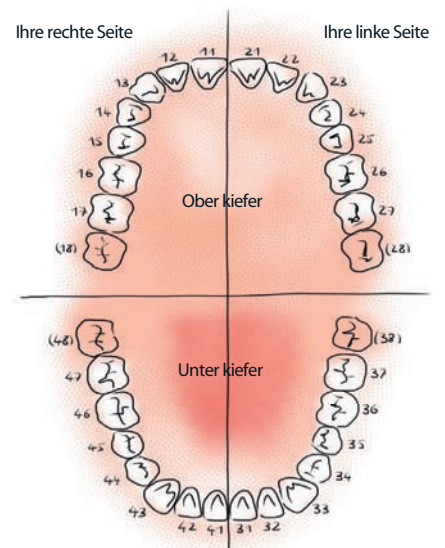
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:
  - heiß     kalt
- Parodontose/Parodontitis

- 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
- Rhythmusstörungen

### 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
- Myoklyosen

### 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 w erden

### 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?

(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
- 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

