

Bioenergetischer Akupunktur Anamnese-Bogen

Datum _____
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsstunde: _____
Beruf: _____
Familienstand: _____
Kinder: _____
Gewicht, kg: _____
Grösse: _____
Strasse: _____
PLZ Ort: _____
Tel. P.: _____
Tel. G.: _____
Natel: _____
Krankenkasse oder Versicherung: _____

1) Jetzige Symptome

2) Aktuelle Medikamente

3) Familienanamnese: **Gesundheit und falls verstorben Todesursache und Alter**

der Grosseltern väterlicherseits: Grossmutter: _____
 Grossvater: _____
mütterlicherseits: Grossmutter: _____
 Grossvater: _____
der Eltern Vater: _____
 Mutter: _____

Kamen in Ihrer Familie folgende Krankheiten vor? Setzen Sie folgende Zeichen ein für:
 Vater - Mutter / Grosseltern ° Geschwister +

Krebs	Übergewicht	Asthma	Magen	Nerven	Tbc	Herzleiden
Rheuma	Galle	Gemüt	Gicht	Hirnschlag	Hautkrankheit	Niere
Epilepsie	Diabetes	Blut-Hochdruck	Venenleiden	Steinleiden	Erbleiden	Augen
Ohren	Allergien	Lymphdrüsen	MS	Sonstiges		

4. Eigenanamnese

4.1. Gesundheitszustand im Kleinkindesalter

Unfall, Krankheiten oder emotionelle Störungen der Mutter während der Schwangerschaft

Normale Geburt

Frühgeburt

Kaiserschnitt

Zangengeburt

Fieberneigung in diesem Alter:

JA

NEIN

Verdauung in diesem Alter:

Stuhlgang in diesem Alter:

Neigung zu Erbrechen:

JA

NEIN

Verhältnis zu Eltern und Geschwister:

4.2. Kräfte- und Leistungszustand in der Schulzeit

z. B. ruhig, verträumt, fleissig, begabt aber faul, lebhaft, nervös, gespannt, etc.

4.3. Allgemeiner Kräftezustand und Leistungsfähigkeit später (bis heute)

4.4. Erschütternde Lebensereignisse (mit Jahresangabe)

4.5. Röntgen

Röntgenaufnahmen

Röntgenbestrahlung

wann:

wo:

warum:

Ergebnis

4.6. Operationen und Unfälle

4.7. Narben

wo?

4.8. Warzen

wo?

5. Impfungen

Impfungen	Jahre					Impfstoff
Tbc						
Diphtherie						
Keuchhusten						
Tetanus						
Polio						
Masern						
Pocken						
Röteln						
Scharlach						
Fleckfieber						
Gelbfieber						
Cholera						
Gelbsucht						
Tollwut						
(Para) Typhus						
Grippe						
Sonstige						

6. Durchgemachte Krankheiten (mit Jahresangabe)

	Frühling	Sommer	Herbst	Winter
Masern				
Mumps				
Röteln				
Windpocken				
Keuchhusten				
Diphtherie				
Scharlach				
Mandelentzündung				
Rheumatisches Fieber				
Gelbsucht				
(Para) Typhus				
Ruhr				
Malaria				
Tbc				
Geschlechtskrankheiten				
Diabetes mell				
Asthma				
Sonstige				

7. Stimmung und Benehmen

Zorn _____
Gespannt nach innen _____
Explosiv cholerisch _____
Freude _____
Grübeln _____
Nachdenklich _____
Sorgen _____
Traurig _____
Angst _____
Willenskraft _____
Leicht gekränkt _____
Ruhig nach aussen _____
Müdigkeit _____

8. Schlaf (bitte unterstreichen)

normal ruhig unruhig tief flach
Rücken Bauch re Seite li Seite unterschiedlich
Einschlafstörung: JA NEIN
Durchschlafstörung: JA NEIN
Wenn ja, um wieviel Uhr erwachen Sie nachts? _____
Sind Sie morgens unausgeschlafen: JA NEIN
Traum: kein viel angenehm unangenehm

9. Kopfschmerzen (bitte unterstreichen)

wenn ja, wann? morgens mittags abends nachts
wo? rechts links Stirn Hinterkopf
Ausgangspunkt? (z.B. rechter Hinterkopf zum rechten Auge) _____
Vor oder bei Wetterumschlag? JA NEIN
Vor oder während oder nach Periode? JA NEIN wenn ja, wann: _____
Bei Aufregung? JA NEIN

10. Schwindel

wenn ja, wann? _____

Beschreiben Sie den Schwindel (z. B. Fahrstuhl, Drehschwindel nach rechts, links, etc.)

11. Herz und Gefäße (bitte unterstreichen)

Beklemmungszustände	_____
Herzklopfen	_____
Herzrhythmusstörungen	_____
Kurzatmig, z. B. beim Treppensteigen / in Ruhe	_____
Angstzustände	_____
Heisser Kopf	_____
Durchblutungsstörungen, wenn ja wo?	_____
Herzschmerzen	_____
Sontiges	_____

12. Leber / Galle / Magen / Darm

Übelkeit	Erbrechen auch unabhängig vom Essen	JA	NEIN
Aufstossen	Schluckauf Sodbrennen Blähbauch	JA	NEIN
Druck	vor / während / direkt nach dem Essen / einige Stunden nach dem Essen	JA	NEIN
Müdigkeit nach dem Essen		JA	NEIN

Essbedürfnisse

Essabneigungen

Beschwerden bei

sauer	sauer	sauer
bitter	bitter	bitter
süß	süß	süß
pikant (scharf)	pikant (scharf)	pikant (scharf)
salzig	salzig	salzig
warm	warm	warm
kalt	kalt	kalt
Fleisch	Fleisch	Fleisch
Wurst	Wurst	Wurst
Fisch	Fisch	Fisch
Ei	Ei	Ei
Fett	Fett	Fett
Milch	Milch	Milch
Kartoffeln	Kartoffeln	Kartoffeln
Obst	Obst	Obst
Gemüse	Gemüse	Gemüse

Alkohol	wieviel täglich	_____
Nikotin	wieviel täglich	_____
Kaffee	wieviel täglich	_____

13. Frieren Sie leicht ? (bitte unterstreichen) JA NEIN

Hände: warm kalt

Füsse: warm kalt

14. Schwitzen Sie leicht ? (bitte unterstreichen) JA NEIN

Schweiss: warm kalt klebrig ölig gelb übelriechend

Nachtschweiss: JA NEIN

Stirnschweiss: JA NEIN

Schweiss und Atemnot bei geringer Anstrengung: JA NEIN

15. Wetterfühligkeit ? (bitte unterstreichen) JA NEIN

Beschwerden? _____

16. Wann fühlen Sie sich am wohlsten ? (bitte unterstreichen)

morgens mittags nachmittags abends nachts

Frühling Sommer Spätsommer Herbst Winter

17. Wann fühlen Sie sich am wenigsten wohl ? (bitte unterstreichen)

morgens mittags nachmittags abends nachts

Frühling Sommer Spätsommer Herbst Winter

18. Plötzliche Gewichtsabnahme / -zunahme ? Zunahme? _____ Abnahme? _____

Seit wann ? _____ Wieviele kg ? _____

19. Sexualeben (bitte unterstreichen)

wenig normal gesteigert Abneigung noch keines Kontaktblutung Kontaktschmerzen

20. Ohrenkrankheiten (bitte unterstreichen)

Ohrgeräusche (Tinnitus): hoch tief _____

Ohrensausen: JA NEIN
wenn ja: links rechts

Gehör: gut abnehmend schlecht rechts links beidseitig

21. Niere, Blase (bitte unterstreichen)

Wasserlassen:	wie oft täglich	_____				
	nachts?	JA	NEIN			
		wenn ja:	wie oft	_____		
Farbe des Urins:	wässrig	gelb	dunkelgelb	bräunlich	rötlich	sonstige Farbe
Beschwerden beim Wasserlassen		JA	NEIN			
		wenn ja:	welche	_____		
Wasserverhaltung		JA	NEIN			
Ödembildung		JA	NEIN			
Nierensteine		JA	NEIN			
Blasensteine		JA	NEIN			

22. Bestehen Veränderungen an (bitte unterstreichen)

Muskeln	_____
Fett	_____
Knochen	_____
Wirbelsäule	_____
Gelenke	_____
Nervensystem	_____
Sinnesorgan	_____

23. Leiden Sie an Krankheiten von / unter (bitte unterstreichen)

Bauchspeicheldrüse		
Blutungen		
Prostata	Uterus	Muttermund
Penis	Ovar	
Dermographismus	Glanzauge	Fingertremor/Fingerzittern
Handschweiss		

24. Wie ist: (bitte unterstreichen)

Appetit:	normal	viel	schlecht	nachts			
Durst:	normal	viel	wenig	kalt	warm		
Geschmack im Mund:	sauer	bitter	süss	fad	metallig	ekelhaft	salzig
Stuhl:	wie oft täglich: _____						
Form:	gebunden	zerfallen	hart	weich	flüssig	schleimig	breiig
Farbe:	violett	schwarz	grau	hellbraun	dunk.braun	hellrot	
Würmer:	JA	NEIN					
Abführmittel:	JA	NEIN					
	wenn ja welche: _____						
Hämorrhoiden:	JA	NEIN					
	wenn ja: seit wann? _____						
			blutend		nicht blutend		
			schmerzhaft		nicht schmerzhaft		
Analfissur oder -fistel:	JA	NEIN					

25. Blutkrankheiten

26. Immunsystem

27. Geschwüre (Bein, Verdauungsorgan)

28. Lungen (bitte unterstreichen)

Husten: trocken feucht sonor klanglos akut chronisch

Auswurf: JA NEIN
wenn ja, welche Farbe _____

Aphonie/Stimmlos: _____

Haut: _____

Fersenhaut: _____

Haare: _____

Nägel: frisch blass matt weisslich schwärzlich
nach Druck wieder normal: JA NEIN

29. Augenkrankheiten (bitte unterstreichen)

Sehleistung (ohne Brille/Glas): verschwommen transparent nicht rein

Sehschärfe (mit Brille/Glas): verschwommen transparent nicht rein

Pupillen: Weite: _____
Form: _____
Reaktion: _____

Farbensinn: _____

Augenmuskellähmung: _____

Strabismus/Schielen: _____

30. Nasen- / Nebenhölen

Stirnhöhle _____

Kieferhöhle _____

NAP _____

31. Nase (bitte unterstreichen)

ohne Schnupfen:	feucht	trocken			
Nasenlöcher:	trocken u.	schwarz wie Russ		kalt	feucht
verstopfte Nase:	mit unreinem Sekret			mit reinem, hellen Sekret	
Nasenspitze:	weiss	gelb	rot	blau	schwärzlich
flatternde Nasenflügel:	JA	NEIN			

32. Mund (bitte unterstreichen)

Mundschleimhaut:	trocken	feucht	gesprungen	schmutzig	
	ohne Belag		mit schmutzig gelbem Belag		
Zähne:	Zähneknirschen:		JA	NEIN	
	Kiefersperre:		JA	NEIN	
	bestehen devitalisierte Zähne:		JA	NEIN	
	wann wurden Zähne zuletzt geröntgt:		_____		

33. Zunge (bitte unterstreichen)

Beschaffenheit:	feucht	trocken	schleimig	zitternd	glatt	rauh
	steif u. hart	geschwollen	dünn	zurückgezogen + Scrotum		
	unbeweglich	Zungengrund	zinoberrot, matt + trocken			
Farbe:	frisch	rosa	dunkelrot	violett	dunkelblau	
Belag:	weisslich	gelblich	bräunlich	schwärzlich	grünlich	
	dick	schwach	fest	dünn	locker haftend	

34. Lippen (bitte unterstreichen)

Oberfläche:	feucht	trocken	rissig		
Farbe:	rot	entzündet u. trocken			
	frisch u. feucht, Lippen und Mund blauschwarz/violett/schief				
	blass	hellrot	aufgedunsen u. trocken		
	Lippen und Zunge geschrumpft mit schwarzem Rand				

35. Kehlkopf

36. Schilddrüse

37. Lymphknoten

38. Monatsblutungen

Wann trat die erste Regel auf ? Alter: _____

Dauer der Regel ? Tage: _____

Abstand ? Tage: _____

Beschwerden im Zusammenhang mit der Periode ? JA NEIN
wenn ja: Kreuzschmerzen Bauchschmerzen

Verstimmung ? vor der Periode nach der Periode während der Periode

Keine Beschwerden ? _____

Haben Sie ein Sterilet / Spirale ? JA NEIN

Nehmen Sie die Pille ? JA NEIN

Wann hörte die Regel auf ? (Menopause) Alter: _____

Beschwerden ? JA NEIN
wenn ja, welche ? _____

Besteht Ausfluss aus der Scheide ? JA NEIN
wenn ja: viel wenig übelriechend
Farbe: grünlich rötlich gelblich
weisslich schwärzlich
Konsistenz: flüssig schmierig _____

Geburten: _____

Fehlgeburten: _____