



Elektroakupunktur n. Dr. Voll  
Bioresonanztherapie  
psych. EFL Beratung und Therapie

Backhausfeld 14 · 40878 Ratingen  
Tel. 02102 / 84 55 77/ FAX 02102/ 29 99 97  
Mobil. 01520 - 6594 233  
Email: ellen-krause@t-online.de

## ANAMNESE - JOURNAL

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Geburtszeit \_\_\_\_\_

### Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, zu unterstreichen, wenn sie zutreffen; sonst mit eigenen Worten beantworten. Nehmen Sie sich bitte genügend Zeit zum Durcharbeiten. Wichtig sind alle Einflüsse, z.B. was verbessert, was verschlechtert, wann erstmalig aufgetreten usw.

#### 1. Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

z.B. auch wo die Beschwerden sind, seit wann und wie,  
also auch zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter usw.

#### 2. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge usw.

#### 3. Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Steinkrankheiten, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte usw.

#### 4. Welche Impfungen haben Sie bekommen? Gab es Reaktionen?

z.B. Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Tetanus, Kinderlähmung, Tuberkulose, Typhus.  
Reaktionen z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe, Impfung ohne Erfolg, usw.

**5. Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? In welcher Reihenfolge?**

z.B. Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Malaria, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten usw.

Wurden diese Krankheiten behandelt; wurden Antibiotika eingesetzt?

**6. Für den Kopfbereich**

**Kopfschmerzen:** häufig / selten / Stirn-, Augen-, Schläfen-, Hinterhauptregion:  
halbseitig / doppelseitig / wechselnd, morgens / abends .., Auslöser?

**Augen:** Bindehautentzündung, kurzsichtig / weitsichtig, sonstige Beschwerden

**Ohren:** Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen bei Wind, Kälte

**7. Zähne – Kiefer**

Häufige Zahnarztbesuche?

Bitte den entsprechenden ( ) Buchstaben in das untere Schema zum jeweiligen Zahn eintragen:  
Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne (W), noch fehlende Weisheitszähne (F), empfindliche Zähne auf heiß, kalt, bei Fieber, Grippe, Wetterwechsel usw. (E), wurzelbehandelte, nervtote Zähne (T), Zahnfüllungen mit Amalgam (A), Gold (G), Kunststoff oder Keramik (K), Stiftzähne (S), Brücke (B), gezogene Zähne (Z)

	oben	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	oben	
rechts				links
	unten	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	unten	

**8. Mandeln - Nase – Rachen**

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Schnupfen häufig oder lang andauernd, behinderte Nasenatmung, Sekretgefühl im Rachen, Trockenheit im Rachen, Sekret wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, Heuschnupfen, Operation usw. Mandelentzündungen heute, als Kind, Jugendlicher, Erwachsener.

**9. Obere Extremitäten**

z.B. Schmerzen im ganzen Arm, Schmerzen in einzelnen Gelenken, Tennis-Ellenbogen, kribbeln und Ameisenlaufen, kalte Hände, Verletzungen, Nervenschmerzen, Durchblutungsstörungen usw.

**10. Körperorgane**

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung

**Herz:** Beschwerden, Stechen, Brennen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungsgefühl, Angina pectoris

**Leber – Galle:** Steine, Gallenblasenentzündungen, Druck im rechten Oberbauch, Gelbsucht, Leberentzündung (Hepatitis), Fettunverträglichkeit usw.

**Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln

**Darm:** Bauchbeschwerden, Blähungen, Darminfektion, Hämorrhoiden, Entzündungen usw.

**Stuhlgang:** täglich, jeden \_\_. Tag, normal, Verstopfung, Durchfall morgens, nachts, hell, dunkel, fettig, breiig, pastenartig, schleimig, übel riechend, geformt, knollig, hart, trocken, dünn, wässrig, schmerzhaft, drängend, Drang ohne Erfolg, nicht zu halten, Gefühl, nicht fertig zu werden usw.

blutig,  
bleistiftdünn,

## 11. Uro - Genitalsystem

<b>Nieren</b>	Nierensteine, Entzündungen, Blasenentzündungen, wenn ja, wie oft
<b>Harn</b>	viel, wenig, normal, häufig, hell, stanzartig, übel riechend, schmerzhaft, nicht zu halten, wie gegen einen erschwerten Widerstand, wie Pferdeurin usw.
<b>Gynäkol.</b>	Ausfluss: keinen, stark, weiß, gelb, blutig, braun, dünn, dick, zäh, wund machend, übel riechend; vor der 1. Regel  Fehlgeburten, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumor, Zyste, Myom, Condylome, Geschlechtskrankheiten, Operationen, Dammriss, Damrnaht usw.
<b>Menstruation</b>	Wann war die erste Menses, wann die letzte? Wie sieht die Blutung aus: hell, dunkel, braun, klumpig? Wie stark ist Ihre Regelblutung: normal, stark, schwach, wie lange dauert sie? Welchen Abstand haben Ihre Regelblutungen? Haben Sie Schmerzen oder andere Beschwerden bei der Regel? Vor, zu Beginn, nach der Regel, Mittelzeit, Pubertät, Wechseljahre usw.
<b>Prostata</b>	Hodenentzündung, Prostatavergrößerung, Beschwerden beim Wasserlassen, erschwert, „Nachträufeln“, Brennen, Geschlechtskrankheiten, Beschwerden bei Geschlechtsverkehr, usw.

## 12. Haut – Nägel

z.B. Verbrennungen, Narben, Operationen, Geschwüre, Ausschlag, Allergien, Hautjucken, Nägel eingewachsen, Nägel entzündet, Pilze, Warzen usw.

## 13. Hüfte - untere Extremitäten

z.B. Schmerzen im ganzen Bein, einzelne Gelenke, Operationen, Verletzungen, Empfindungsstörungen, kalte Füße, Krampfadern, Venenentzündungen, Nervenschmerzen, Durchblutungsstörungen usw.

## 14. Rücken

z.B. Hexenschuss, Wirbelsäulenschmerz, Ischias  
Auslöser: z.B. Kälte, ruckartige Bewegung, besser/schlechter durch Wärme, Kälte, Bewegung, im Liegen, im Stehen, im Sitzen usw.

## 15. Wie steht es mit Ihrem Schlaf?

Wie lange schlafen Sie schon auf Ihrem jetzigen Schlafplatz?.....  
Schlaflosigkeit, Beschwerden nur nachts, morgens wie zerschlagen, wie gerädert erwachen, im Bett, kalte Füße, kann nicht einschlafen, Sprechen im Schlaf, plötzliches Aufschreien im Schlaf, Albträume, Unruhe in den Beinen, Frieren im Bett, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

**Schlaflage:** Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, ausgestreckt, zusammengerollt usw.

**Schlafen Sie bei geöffnetem oder geschlossenem Fenster?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie oft Träume? Was für welche?** \_\_\_\_\_

## 16. Speisen - Getränke – Genussmittel

**Was vertragen Sie nicht?** z.B. süß, sauer, pikant, Salz, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Teigwaren, Kuchen, Kartoffeln, Obst, Gemüse, Alkohol, Kaffee, Tee, Nikotin, Zwiebeln usw.

**Wonach haben Sie Verlangen ?** z.B. süß, sauer, pikant, Salz, Fleisch, Fisch, Eier, Mayonnaise, Fett, Milch, Käse, Brot, Süßigkeiten, Schokolade, Kuchen, Kartoffeln, Obst, Alkohol, Nikotin, Zwiebeln usw. \_\_\_\_\_

**Gegen welche Speisen oder Genussmittel haben Sie eine Abneigung?**  
\_\_\_\_\_

**Wie ist Ihr Appetit?** Normal, gut, schlecht, Ekel, Heißhunger nachts usw.

**Wie fühlen Sie sich?**

Vor dem Essen, während des Essens, nach dem Essen?-----

**Wie ist Ihr Durst?**

Normal, viel, wenig, groß, klein, warm, kalt, nachts, Fieber usw.-----

**17. Allgemeine Fragen**

Wie vertragen Sie Sonne? -----

Wie reagieren Sie auf den Mond? -----

Wie vertragen Sie Temperaturwechsel? -----

Wie vertragen Sie Wärme oder Kälte? -----

Wie fühlen Sie sich an der See oder im Gebirge?-----

Zu welcher Tages- oder Nachtzeit fühlen Sie sich im Allgemeinen am Schlechtesten?-----

-----

Beeinträchtigt ein geschlossener Kragen, Gürtel oder enganliegende Kleidung Ihr Befinden?

-----

Sind Sie berührungsempfindlich? -----

Wie vertragen Sie unangenehme Dinge? -----

Wie vertragen Sie Freude? -----

Bei welcher Gelegenheit weinen Sie? -----

Welche Wirkung übt Trost auf Sie aus? -----

Wie fühlen Sie sich in einem menschenüberfüllten Raum? -----

Wird Ihnen leicht schwindelig und wann? -----

Sind Sie gern allein? -----

Wann schwitzen Sie, wie stark, wo, wie riecht Ihr Schweiß, wie sind seine Eigenschaften?

-----

**18. Allgemeiner Zustand**

z.B. Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, Schweißausbrüche, Müdigkeit, Unlust, Reizbarkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, niedergeschlagen, ständig leicht erhöhte Temperatur, Wetterempfindlichkeit. Haben Sie Ängste, Schuldgefühle, starke Konflikte? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19. Welche Medikamente haben Sie in der letzten Zeit genommen oder nehmen Sie noch?**

Falls welche eingenommen werden, bitte mitbringen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20. Chronologische Krankheitsgeschichte (bitte Extrablatt nehmen)**

Bitte erfassen Sie noch einmal chronologisch alle durchgemachten Erkrankungen. Dazu gehören auch Kinderkrankheiten, Unfälle, Verletzungen, Erkältungen, Zahnbehandlungen und Impfungen. Diese Angaben sind sehr wichtig, insbesondere die zeitliche Folge.

**21. Alkohol / Drogen**

nehmen Sie Alkohol zu sich? \_\_\_\_\_

nehmen Sie Drogen? \_\_\_\_\_