



## Dr. med. Doerthe Nicolas

Ärztin  
Moerser Straße 100 A  
40667 Meerbusch-Büderich

-  02132 6923504
-  +49 3222 9343347
-  [info@praxis-dr-nicolas.de](mailto:info@praxis-dr-nicolas.de)
-  [www.praxis-dr-nicolas.de](http://www.praxis-dr-nicolas.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.

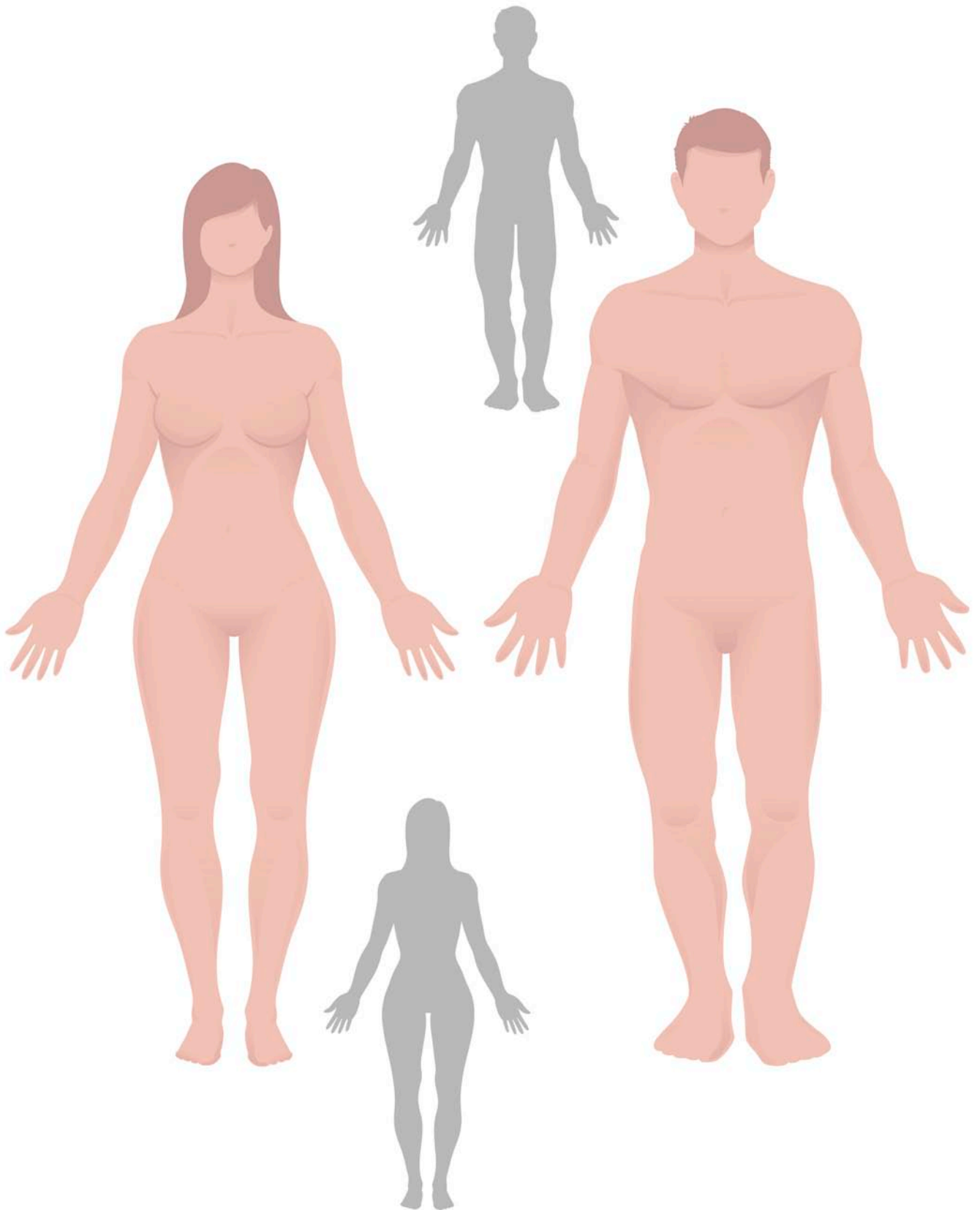
Vorname	Name		
Straße		Nr.	
PLZ	Ort		
Telefon	Geburtstag		
Mobil	Geburtsort		
E-Mail	Körpergröße	Gewicht	
Beruf	Private KV		

Ich bin gesetzlich krankenversichert (Selbstzahler)

Ich bin privat versichert / mitversichert

## Akute Beschwerden

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



## 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 Atemwegsbereich auf:  
.....

### Mandeln

- Operation
- häufig Mandelentzündungen
- als Kind
- heute

### Schilddrüse

- Überfunktion  Unterfunktion
- Vergrößerung  Operation
- kalte Knoten  warme/heiße Knoten

## 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

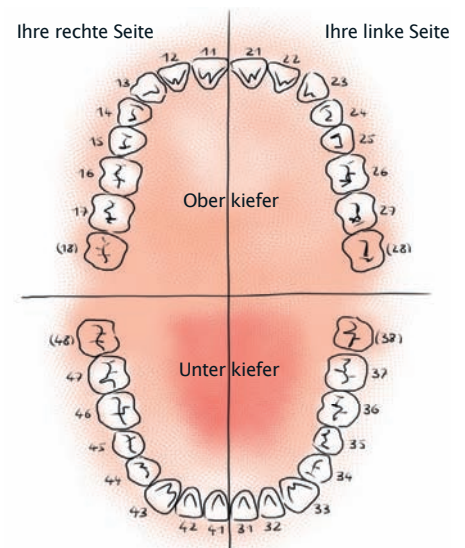
Zahnfüllmaterialien:

- 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
- 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

**Rauchen Sie?**

wenn Ja Wieviel und Was?

.....

**Nehmen Sie oder haben Sie Drogen genommen?**

wenn Ja Welche?

.....

**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