



ANAMNESE		
1.	aktuelle Symptome	
2.	was haben Sie bisher dagegen schon unternommen?	
3.	Vitalfunktionen	Puls
		Blutdruck
		Gewicht
4.	Seit wann bestehen die Beschwerden	
5.	Beginn	gab es ein auslösendes Ereignis
		existieren Faktoren, die die Symptome verstärken oder erleichtern
		war der zeitliche Verlauf allmählich, akut oder periodisch
6.	Lokalisation	wo genau befinden sich die Beschwerden
7.		strahlen die Beschwerden aus, sind sie eher oberflächlich oder tief
8.	Intensität	Wie sind die Beschwerden, dumpf, spitz, bohrend
9.		gibt es Begleiterscheinungen





10.		welche Umstände bessern die Beschwerden	
11.	Allgemeinzustand	besteht Fieber , wie hoch, Verlauf	
12.		Schlafqualität	
13.		besteht Nachtschweiß	
14.	Schmerzen	Haben Sie Schmerzen, periodisch oder konstant ; welche Intensität (von 1 - 10)	
15.		wann zum ersten Mal	
16.		bestehen Begleitsymptome	
17.		strahlen sie aus	
18.		wann treten sie auf	
19.	Vorerkrankungen	Welche Vorerkrankungen gibt es bei Ihnen, auch Kinderkrankheiten	
20.	Familie	Welche Erkrankungen gab es in der Familie Krebs / Diabetes / Tuberkulose, Rheuma, etc.	
21.	Impfungen	Welchen Impfungen wurden durchgeführt? Und wie waren deren Auswirkungen auf Ihre Gesundheit?	
22.	Zähne	Wie waren / sind Ihre Zähne gab / gibt es Amalgam-Füllungen wurde Amalgam entfernt / ausgeleitet	
23.	Mens	In welchem Alter begann die Periode bei Ihnen? Wie oft kommt sie nun? Wie stark? Wie regelmäßig? Ihre Dauer? Die Farbe? Wie sieht sie aus? Wie sieht das Blut aus? Wann fließt sie am stärksten. Wie fühlen Sie sich vor, während und nach der Periode körperlich und gemütsmäßig? Und wie ist die Gemütsstimmung vor, während und nach der Periode?	





24.	Allgemeines	Zu welcher Tages- oder Nachtzeit oder zu welcher Stunde fühlen Sie sich im Allgemeinen am schlechtesten?	
25.		Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten?	
26.		Wie wirken kaltes Wetter, heißes Wetter, trockenes Wetter, feuchtes Wetter auf Sie?	
27.		Wie ertragen Sie Nebel ?	
28.		Wie ertragen Sie Sonnenbestrahlung ?	
29.		Welchen Einfluss haben Wetterwechsel auf Sie?	
30.		Es gibt Leute, die immer frieren und es kalt haben, und andere, die immer warm oder zu heiß haben, anderen ist die Temperatur nicht so entscheidend. Wie ist das bei Ihnen?	
31.		Was verspüren Sie vor, bei oder nach Sturmwetter ?	
32.		Wie reagieren Sie auf Nordwind, Südwind oder Wind ganz allgemein?	
33.		Wie ertragen Sie Zugluft?	
34.		Wie ertragen Sie Wärme ganz allgemein? Bettwärme, Zimmerwärme?	
35.		Wie reagieren Sie auf Extremtemperaturen (sehr heiß, sehr kalt)?	
36.		Wie oft sind Sie im Winter erkältet? und in den anderen Jahreszeiten?	
37.		Wie ertragen Sie einen ganzen Tag ohne frische Luft?	





38.		Welche Körperstellung ist Ihnen unangenehm , welche angenehm? Sitzen? Stehen? Liegen? und warum?	
39.		Wie steht es bei Ihnen punkto Reisekrankheit? Seekrankheit?	
40.		Wie ertragen Sie längeres Stehen? zum Beispiel Warten auf einen Zug? ein Telefon? Kleideranprobe?	
41.	Wundheilung	Wie heilen Verletzungen bei Ihnen? Wie lange bluten sie?	
42.	Appetit	Wie steht es mit Ihrem Appetit? Und wann jeweils haben Sie Hunger?	
43.		Wie steht es mit dem Durst? Welche Mengen trinken Sie so pro Mahl und was vorzugsweise?	
44.	Lieblingsspeisen	Für welche Nahrungsmittel und Getränke haben Sie eine ausgesprochene Vorliebe? Süßigkeiten? Süßes Gebäck? Gezuckerte Speisen? Saure Dinge? Gewürzte Dinge? Schwere und fette Speisen? Butter? Brot? Obst? Fisch? Fleisch? Kaffee? Wein? Bier? Salz? etc.	
45.	Nahrungs- verlangen	Verlangen nach kalten oder warmen Speisen und Getränken, Beschwerden dadurch besteht Übelkeit oder Erbrechen	
46.		Geschmacksbevorzugung: süß, sauer, salzig, bitter?	
47.	Abneigungen	Welche Speisen und Getränke bekommen Ihnen nicht? Und warum nicht?	
48.		Wie vertragen Sie Wein? Bier? Schnaps? Kaffee? Tee? Milch? Essig?	





49.		Wie steht es mit dem Rauchen? Wie viel pro Tag? -	
50. Durst		Durst viel, wenig, worauf? Nachts	
51. Besondere Unverträglichkeiten		Eier, Milch, Fleisch, Fisch und Meeresfrüchten, Kräuter , Obst, Brot Gemüse, fetten Speisen	
52. Gewicht		hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert, wenn ja wie viel	
53. Stuhlgang		wie ist die Verdauung Ist der Stuhlgang regelmäßig, gibt es Durchfall / Verstopfung	
54.		wie ist die Stuhlfarbe hat sie sich verändert	
55. Urin		gibt es Veränderungen des Urinverhaltens	
56.		müssen Sie auch nachts zur Toilette	
57.		wie ist die Farbe des Urins, hat sie sich verändert	
58. Atemtrakt		besteht Atemnot , Husten oder Auswurf liegen Beschwerden beim Schlucken vor	
59. Temperatur-empfinden		Wie ertragen Sie ein heißes Bad? kaltes Bad? Meerbad?	
60. Gemüt		Wie fühlen Sie sich am Meer, im Gebirge?	
61.		Wie ertragen Sie geschlossene Kragen? Gürtel? eng anliegende Kleider?	
62.		Wie ertragen Sie Alleinsein? Und Gesellschaft?	
63.		Wie ertragen Sie Trost?	





64.		Unter welchen Umständen empfinden Sie Eifersucht?	
65.		Wie steht es mit Ängsten bei Ihnen? a. Wasserscheu? b. Angst vor Tieren? c. Angst vor und bei Gewitter? d. Furcht vor Einbrechern? e. Furcht zu fallen? f. Furcht vor Alleinsein? g. Angst, den Verstand zu verlieren? h. Furcht vor der Nacht? i. Furcht vor der Zukunft? j. Furcht vor Krankheit etc.?	
66.		Wie fühlen Sie sich in einer Menschenmenge?	
67.		Unter welchen Umständen werden Sie zornig? Was setzt Sie in Zorn?	
68.		Wie ertragen Sie das Warten?	
69.		Wann kommen Todesgedanken bei Ihnen auf?	
70.	Schlaf	Welches ist Ihre bevorzugte Schlafstellung ? Wie legen Sie Arme? Beine? Kopf (viele liegen lieber tief, andere lieber etwas erhöht, und Sie?)?	
71.	Rhythmus	Wann erwachen Sie? Wann stehen Sie auf? Um wie viel Uhr gehen Sie zu Bett ?	
72.		Manche Leute reden, schreien, weinen, lachen im Schlaf, schrecken auf, sind unruhig, haben Angst, knirschen im Schlaf mit den Zähnen, schlafen mit offenen Augen, offenem Mund. Wie ist es bei Ihnen?	
73.		Welche Stunden nachts sind Sie schlaflos? Wann im Verlauf des Tages sind Stunden der Schläfrigkeit? Und welchen Umständen schreiben Sie das jeweils zu? Machen Sie mir auch etwas detailliertere Angaben über Ihr Tagesprogramm, Aktivität, Ausruhpausen, Vergnügen und Erholung.	





	74. Träume	Welche Träume kommen bei Ihnen öfter vor.	
	75. Was gibt es sonst noch?		

