



Anamnesebogen

Biologische Tumorsprechstunde in der Praxisklinik Kleve

Ihnen und Ihrer Gesundheit möchten wir unsere gesamte Aufmerksamkeit und Kompetenz widmen. Um Ihnen den exakt auf Sie zugeschnittenen Therapie-
vorschlag zu gestalten, benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Einige Fragen sind sehr persönlich. Jede Frage hat ihren Sinn, wenn Sie diese
jedoch nicht beantworten möchten oder lieber im Gespräch klären,
brauchen Sie diese natürlich nicht beantworten.

Zur Beurteilung Ihrer Grunderkrankung stellen Sie uns bitte den letzten Arztbrief
zur Verfügung.

Die Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht,
werden absolut vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sie brauchen natürlich nur die Fragen
beantworten, die Sie auch beantworten möchten.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Telefon (Privat): _____ Dienstlich: _____

Fax: _____ E-Mail: _____@_____

Anamnese:

Wie groß und schwer sind Sie? Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Mein Lieblingsnahrungsmittel sind: 1. _____

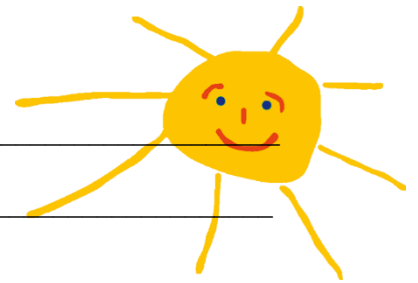
2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Folgende Nahrungsmittel mag ich nicht / esse ich nicht:



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Umweltbelastungen:

Ich kann mich an folgenden privaten oder beruflichen Umweltbelastungen erinnern:
(Lösungsmittel, Pflanzenschutzmittel, Chemikalien, Strahlen, Asbest, Schimmelpilze.)

Wo haben Sie gelebt?

	Dorf	Stadt	Großstadt
Im Alter von 0 – 10 Jahren	[-----]	[-----]	[-----]
Im Alter von 11 – 20 Jahren	[-----]	[-----]	[-----]
Im Alter von 21 – 30 Jahren	[-----]	[-----]	[-----]
Im Alter von 31 – 40 Jahren	[-----]	[-----]	[-----]
Im Alter von 41 – 50 Jahren	[-----]	[-----]	[-----]
Im Alter von 51 – 60 Jahren	[-----]	[-----]	[-----]
Im Alter > 61 Jahre	[-----]	[-----]	[-----]

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja: Seit meinem ___ Lebensjahr
- 0 – 10 Zigaretten/Tag über ___ Jahre
 - 11 – 20 Zigaretten/Tag über ___ Jahre
 - 21 – 30 Zigaretten/Tag über ___ Jahre
 - 31 – 40 Zigaretten/Tag über ___ Jahre
 - Mehr als 40 Zigaretten/Tag über ___ Jahre

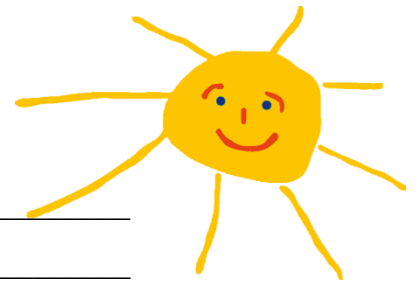
Trinken Sie Alkohol?

- Nein / fast nicht (< 1-2 Glas Wein/Bier pro Monat)
- Ja, ungefähr 1-2 Glas Wein/Bier pro Woche
- ungefähr 1-2 Glas pro Tag
 - Mehr als 2 Gläser Wein/Bier pro Tag
- 1 Glas Wein 0,2 \cong 1 Glas Wein 0,2l \cong 10cl 40% Alkohol

Strahlenbelastung:

- > 50.000 Flug-Kilometer/Jahr, Häufige Hochgebirgsaufenthalte
- Sonnenexposition eher kaum oft eher stark sehr stark
- Geschätzte E-Smog-Belastung gering viel sehr viel

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?



z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Wenn ja, was und wann?

Sind Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? (Wer? Welche Erkrankungen?)

Sind Ihnen Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? (Wenn ja, welche?)

Nehmen Sie Medikamente ein? (Welche und wie nehmen Sie diese ein?)

Mentale Schutz / Belastungsfaktoren

In den letzten 5 Jahren fühle ich mich

[-----]
gestresst entspannt

Ich bin

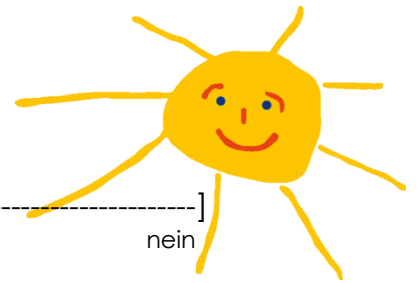
[-----]
Religiös ohne festen Glauben

Ich glaube an einen Gott/eine Gottheit
das Schicksal, eine höhere Macht, eine
Matrix/ das Universum

[-----]
Ja nein

Ich bin

[-----]
Religiös ohne festen Glauben



Ich glaube an ein vorheriges Leben, an eine Wiedergeburt, ein Leben „danach“ [-----]]
Ja nein

Ich glaube daran, dass ich in diesem Leben einen Zweck erfülle [-----]]
Ja nein

Ich glaube daran, dass ich für Verfehlungen oder „Schuld“ einmal bestraft werde [-----]]
Ja nein

Ich habe oft Schuldgefühle [-----]]
Ja nein

Ich leide an schlechten Erfahrungen an einem Trauma [-----]]
Ja nein

Ich habe oft Angst [-----]]
Ja nein

Ich grüble viel [-----]]
Ja nein

Mich belastet etwas ganz besonders [-----]]
Ja nein

Möchten Sie es nennen? _____

Sind Sie spirituellen Dingen gegenüber offen? Das Thema blende ich aus
Haben Sie Meditationserfahrung? Ja nein
 Ich bin interessiert ich bin nicht interessiert

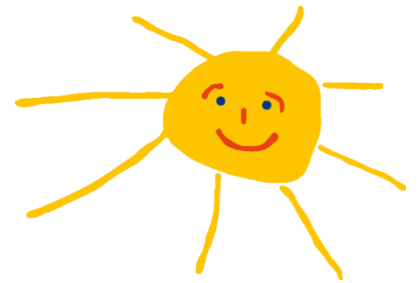
Ich glaube an einen Gott/eine Gottheit das Schicksal, eine höhere Macht, eine Matrix/ das Universum [-----]]
Ja nein

Wer ist Ihre engste Bezugsperson? _____

Haben Sie Angst vor dem Tod? [-----]]
Ja nein

Haben Sie Angst vor dem Sterben? [-----]]
Ja nein

Wovor haben Sie am meisten Angst? _____



Beantworte folgende Fragen für Dich selbst (Ggf. eigenes Blatt):

Bereuen Sie etwas in Ihrem Leben? Was?

Wofür sind Sie dankbar?

Worauf sind Sie stolz?

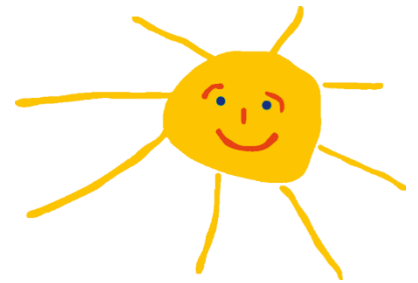
Worauf bist Du stolz in deinem Leben?

An was genau können Sie sich als aller erstes in Ihrem Leben erinnern?
Ist es ein Gefühl? Ein Bild? Eine Situation? Eine Emotion? Ein Geruch?
Versetzen Siesich immer wieder in diese Situation und ergründen Sie sie.

Mir ist bekannt, dass die Leistungen im Rahmen der Sondersprechstunden keine Leistungen der Krankenkassen sind und von mir selbst getragen werden müssen. Wenn ein privater Kostenträger Leistungen nicht oder den Steigerungssatz (teils $\geq 3,5$) nur teilweise ausgleicht, übernehme ich die Kosten selbst. Vor dem Termin ist jeweils eine Honorarvereinbarung zu unterzeichnen.

Datum: _____

Unterschrift _____



Dürfen wir Ihnen noch ein paar Fragen stellen?

Ich wurde auf Ihre Praxis aufmerksam durch:

- Empfehlung Mundpropaganda Annonce in der Zeitung
 Internet Zufällig
 Sonstiges: _____

Ich komme weil:

- Sie mir durch einen anderen Patienten empfohlen wurden
 Sie günstig zu meiner Wohnung liegen
 Mich Ihr spezielles Leistungsangebot neugierig gemacht hat
 Sonstiger Grund _____

Vielen Dank.