

Praxis für Allgemein- und Ganzheitsmedizin - Dr. med. univ. Walter Wührer

Anamnesebogen

Ausfülldatum

Bitte ausfüllen und zum Termin mitnehmen bzw. je Vereinbarung vorab senden praxis@dr-wuehrer.at. Wenn sie Zahnprobleme oder wurzelbehandelte Zähne haben ev. auch das letzte Panoramaröntgen mitnehmen bzw. senden. Ev. Impfausweis, wenn der Verdacht besteht, dass Beschwerden in Zusammenhang mit Impfungen aufgetreten sind. Letzter oder relevante Krankenhausbefunde, ev. Liste mit Medikamenten und Nahrungsergänzungen beilegen. Photos von Ausschlägen usw.

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Vers./Nr/Land:

Privatarztvers:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Ausbildung:

Angabe zu den eigenen Geburtsumständen / Stillzeit:

Kinderkrankheiten/Impfungen/Schädel-Hirntrauma und Meningitis bis zum 18. Lj.

Größe:

Gewicht:

Wunschgewicht:

Familienstand/Scheidungen:

Kinder/Geb.Jahr:

Fehlgeburten:

Geschwister/Geb.Jahr:

Erkrankungen bei Geschwistern/Eltern (Erkr. Jahr) :

Angabe zu Art und Menge von Nikotin (pack years) , Alkohol, Kaffee, Suchtmittel:

Besondere Ernährungsformen (vegan ...):

Bewegung: wenig durchschn. viel Hobbysport Leistungssport

Schlaf: Einschlafstörungen Durchschlafstörungen frühzeitiges Erwachen

Stuhlgang: Verstopfungsneigung Durchfallneigung Blähungen Schmerzen

Bei Frauen Angaben zur Menstruation/Menopause:

Alle bisherigen schulmedizinischen Diagnosen chronologisch eintragen (Operationen S.4)

Alle derzeitigen Dauer- und Bedarfsmedikamente, Hormoneinnahmen (auch frühere), psychiatrische Medikation (auch frühere !) Mikronährstoffe, Pflanzenpräparate ... :

Allergien:

Hausarzt:

Fachärzte:

Angabe zu relevanten Therapeuten/Therapien:

SINNESORGANE	Innenohr	Kieferhöhle	Siebbein- zellen	Auge	Stirnhöhle	Stirnhöhle	Auge	Siebbein- zellen	Kieferhöhle	Innenohr						
GELENKE	Schulter Ellbogen	Kiefer	Schulter Ellbogen	Knie hinten		Knie hinten		Schulter Ellbogen	Kiefer	Schulter Ellbogen						
	Hand ulnar Fuß plantar Zehen u. 1 *	Knie vorn	Hand radial Fuß Großzehe	Höfte	Kreuzsteißbein	Kreuzsteißbein	Höfte	Hand radial Fuß Großzehe	Knie vorn	Hand ulnar Fuß plantar Zehen u. 1 *						
ROCKENMARK- SEGMENTE	Th 1 C 8 Th 7 Th 6 Th 5 S 3 S 2 S 1	Th 12 Th 11 L 1	C 7 C 6 C 5 Th 4 Th 3 Th 2 L 5 L 4	Th 8 Th 9 Th 10	L 3 L 2 Co S 5 S 4	L 2 L 3 S 4 S 5 Co	Th 8 Th 9 Th 10	C 5 C 6 C 7 Th 2 Th 3 Th 4 L 4 L 5	Th 11 Th 12 L 1	C 8 Th 1 Th 5 Th 6 Th 7 S 1 S 2 S 3						
WIRBEL	B 1 H 7 B 6 B 5 S 2 S 1	B 12 B 11 L 1	H 7 H 6 H 5 B 4 B 3 L 5 L 4	B 9 B 10	L 3 L 2 Co S 5 S 4 S 3	L 2 L 3 S 3 S 4 S 5 Co	B 9 B 10	H 5 H 6 H 7 B 3 B 4 L 4 L 5	B 11 B 12 L 1	H 7 B 1 B 5 B 6 S 1 S 2						
ORGANE	Herz rechts	Pancreas	Lunge rechts	Leber rechts	Niere rechts	Niere links	Leber rechts	Lunge links	Milz	Herz links						
	Duodenum	Magen rechts	Dickdarm rechts	Gallen blase	Blase rechts urogenitales Gebiet	Blase links urogenitales Gebiet	Gallen gänge links	Dickdarm links	Magen links	Jejunum ileum links						
ZAHN	R													L		
	Zahn	8	7	6	5 (V)	4 (IV)	3 (III)	2 (II)	1 (I)	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6	7
ORGANE	Ileum rechts Ileocecales Gebiet	Dickdarm rechts Pylorus	Magen rechts Pylorus	Gallen blase	Blase rechts urogenitales Gebiet	Blase links urogenitales Gebiet	Gallen gänge links	Magen links	Dickdarm links	Jejunum ileum links						
	Herz rechts B 1 H 7 B 6 B 5 S 2 S 1	Lunge rechts H 7 H 6 H 5 B 4 B 3 L 5 L 4	Pancreas	Leber rechts B 9 B 10	Niere rechts L 3 L 2 Co S 5 S 4 S 3	Niere links L 2 L 3 S 3 S 4 S 5 Co	Leber links B 9 B 10	Milz B 11 B 12 L 1	Lunge links H 5 H 6 H 7 B 3 B 4 L 4 L 5	Herz links H 7 B 1 B 5 B 6 S 1 S 2						
ROCKENMARK- SEGMENTE	Th 1 C 8 Th 7 Th 6 Th 5 S 3 S 2 S 1	C 7 C 6 C 5 Th 4 Th 3 Th 2 L 5 L 4	Th 12 Th 11 L 1	Th 8 Th 9 Th 10	L 3 L 2 Co S 5 S 4	L 2 L 3 S 4 S 5 Co	Th 8 Th 9 Th 10	Th 11 Th 12 L 1	C 5 C 6 C 7 Th 2 Th 3 Th 4 L 4 L 5	C 8 Th 1 Th 5 Th 6 Th 7 S 1 S 2 S 3						
GELENKE	Schulter – Ellbogen		Knie vorn	Knie hinten		Knie hinten		Knie vorn	Schulter – Ellbogen							
	Hand ulnar Fuß plantar Zehen u. 1 *	Hand radial Fuß Großzehe	Kiefer	Höfte	Kreuzsteißbein	Kreuzsteißbein	Höfte	Kiefer	Hand radial Fuß Großzehe	Hand ulnar Fuß plantar Zehen u. 1 *						
SINNESORGANE	Ohr	Siebbein- zellen	Kieferhöhle	Auge	Stirnhöhle	Stirnhöhle	Auge	Kieferhöhle	Siebbeinzellen	Ohr						

Weitere Angaben zu Zähnen, Belastungen mit Antibiotika, Giftstoffen usw.:

Wurzelbehandlungen (W), Extrahiert (E), Implantat (I)

Amalgamplomben insgesamt bisher: O keine O[0-5] O [5-10] O [>10]

Amalgamplomben Entfernungen bisher:

Amalgamausleitungen aus Gewebe (Methode/Jahr):

Sind Sie (beruflich) mit bestimmten Stoffen in Kontakt ?

Wie oft waren bis jetzt Antibiotika notwendig und warum ?

Offenheit gegenüber „energetischen“ Methoden? O sehr O tlw. O eher nicht O nein

Wieviel Zeit sind sie bereit in ihre Selbstheilung zu investieren ?

O so viel wie notwendig O so wenig wie möglich O kommt darauf an

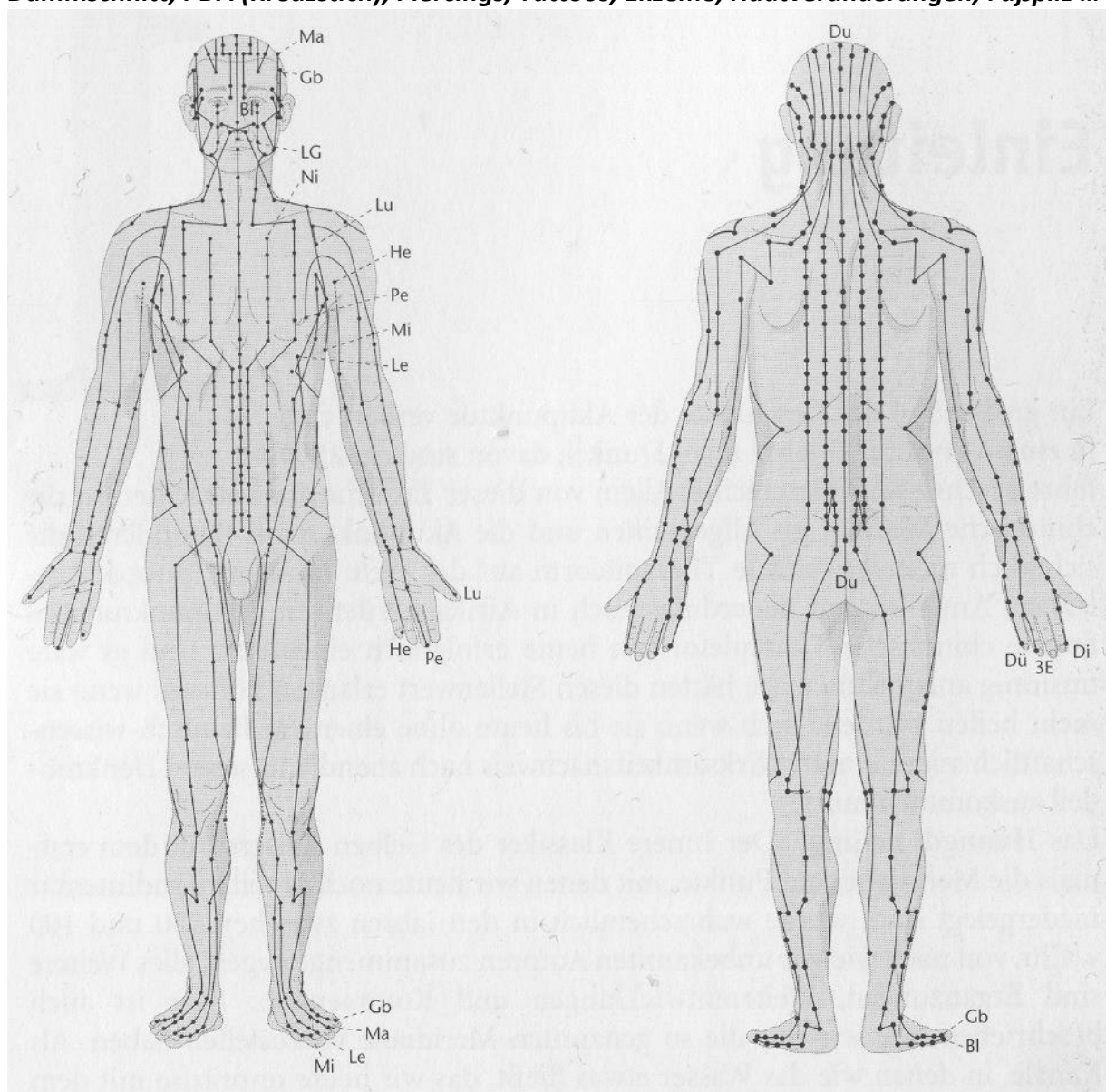
Wieviel Geld sind sie bereit für ursachenbezogenen Heilkunde auszugeben

O so viel wie notwendig O so wenig wie möglich O kommt darauf an

Ihre Gesundheitskompetenz: O top O gut O mittel O schlecht O sehr schlecht

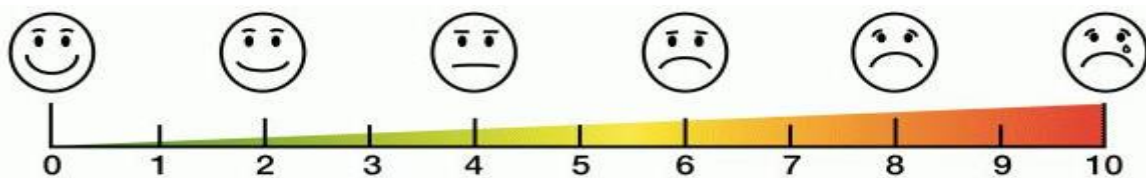
Bevorzugt: Kps O Trpf O Kräuter O Infusionen O

Einzeichnen von Schmerzen, Schmerzverlauf, Narben und Auffälligkeiten, Sektionarbe, Dammschnitt, PDA (Kreuzstich), Piercings, Tattoos, Ekzeme, Hautveränderungen, Fußpilz ...



Angaben zu Operationen/Unfällen/Implantaten:

Prägnante und chronologische Beschreibung des aktuellen Problems bzw. Anliegens und was bisher dafür getan wurde und wie es geholfen hat, Ziele, Wünsche (maximal diese Seite):
Bitte benennen Sie 3 Hauptbeschwerden zwischen 0-10 sowie die Lebensqualität unten auf der Seite im Schnitt der letzten 1-2 Wochen.



Symptom 1		
Symptom 2		
Symptom 3		
Lebensqualität	Hier gilt 0 als minimal vorhanden und 10 maximal	