

ANK – Therapie nach Dr. Klinghardt

Angewandte Neurobiologie nach Dr.Klinghardt

Autonomer Response Test (ART) / Psycho – Kinesiologie (PK)

Anamnese – Fragebogen

Name Geburtstag

Vorname Tel.

Straße Mobil

PLZ , Ort Email

Hausarzt

Versicherung (bitte ankreuzen)

☐ Gesetzlich

☐ beihilfeberechtigt ☐ Bund ☐ Land

☐ Privat

☐ Zusatzversicherung

Bei Kindern

Name des Rechnungsempfängers

Beruf

Arbeitgeber

Empfohlen durch

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Wichtig !

Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10

1 = sehr gering, 10 = extrem stark

Bsp.: Kopfschmerzen 7

Und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist Bsp.: 1994

Unter welchen Beschwerden leiden Sie ? (die drei Hauptbeschwerden)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen ?

1.

.....

2.

.....

3.

.....

Nehmen Sie Medikamente ?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche ?

Bringen Sie die Medikamente bitte mit (am besten die jeweilige Tagesdosis)

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung ?

.....

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden vielleicht der Auslöser ?

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

.....

.....

.....

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie (Unfälle, Krankheiten, Gewalt, Flucht Trennungen, usw.)

.....

.....

.....

☐ Ihre Blutgruppe

Welche Impfungen haben Sie bekommen ?

Wenn möglich, bitte den Impfpass mitbringen.

Bitte ankreuzen :

- ☐ Tuberkulose ☐ Poliomyelitis ☐ Diphtherie ☐ Tetanus ☐ Keuchhusten
- ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Hepatitis ☐ Cholera ☐ Gelbfieber
- ☐ Grippe ☐ Zecken ☐ andere
- ☐ CORONA , wenn ja, mit welchem Impfstoff

Gab es Reaktionen auf die Impfungen ?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit usw.

.....

Welche Infektionserkrankungen haben Sie durchgemacht ?

Bitte ankreuzen :

- ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Röteln ☐ Windpocken
- ☐ Scharlach ☐ Tetanus ☐ Kinderlähmung ☐ Salmonellen ☐ Malaria
- ☐ Ruhr ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber ☐ Tropenkrankheiten ☐ TBC
- ☐ Borreliose ☐ FSME ☐ Hirnhautentzündung ☐ Herpes / Gürtelrose
- ☐ andere

Wurden schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt ?

- ☐ ja ☐ nein

Wurden Sie schon einmal mit Antibiotika oder Kortison behandelt ?

☐ ja ☐ nein

Falls ja : Wann und wie oft ?

.....

Leiden Sie unter Kopfschmerzen ?

☐ ja ☐ nein

Wie ist der Kopfschmerz, und wo ?

.....

Schwindel ?

☐ ja ☐ nein

Tinnitus ?

☐ ja ☐ nein

Mittelohrentzündung ?

☐ ja ☐ nein ☐ früher oft

Welches Ohr ist betroffen ?

☐ rechts ☐ links ☐ beide

Haarausfall ?

☐ ja ☐ nein

Schuppen ?

☐ ja ☐ nein

Allergien ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Schilddrüse :

☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion

☐ Knoten ☐ Vergrößerung

Herzbeschwerden ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Bluthochdruck ?

☐ ja ☐ nein

Lungenerkrankung ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Leber / Gallenerkrankung ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Magenbeschwerden ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Darmbeschwerden ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Stuhlgang :

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

☐ Verstopfung ☐ Durchfall

Nieren / Blasenbeschwerden ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Rückenbeschwerden ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Hauterkrankungen ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Arm / Beinbeschwerden ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Nagelerkrankungen ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Gynäkologische Erkrankungen ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Prostataerkrankungen ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Ernährungsgewohnheiten :

☐ Hausmannskost ☐ vegetarisch

☐ vegan ☐ regelmäßig

☐ unregelmäßig ☐ Kantine

Vorliebe beim Essen :

☐ Süßes ☐ Salziges

Unverträglichkeiten ?

☐ ja ☐ nein

Lebensmittelallergien ?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Rauchen Sie ?

☐ ja ☐ nein

Wie viele Zigaretten ?

.....

Trinken Sie Alkohol ?

☐ ja ☐ nein

Wie viel ? Wie oft ?

.....

Wie schätzen Sie Ihren Fitnesszustand ein ?

Skala 1 - 10

.....

Haben Sie Haustiere

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche ?

.....

Sind noch Amalgamfüllungen vorhanden ?

☐ ja ☐ nein

Wurden Amalgamfüllungen entfernt ?

☐ ja ☐ nein

☐ falls ja, wann ?

Anamnese aller Narben und Operationen :

Kopf :

- ☐ Kopfschwarte
- ☐ Ohrläppchen
- ☐ Ohren angelegt
- ☐ Hautkrebs-Entfernung (Basaliom / Spinaliom / Melanom)
- ☐ Mandeloperation
- ☐ Zahnextraktion (Weisheitszähne u.a.)
- ☐ Kieferoperation zur Bisskorrektur
- ☐ Zungenbändchenverkürzung
- ☐ Lippenbändchenverkürzung
- ☐ Parodontose-Behandlung
- ☐ v.a. Narben über Mittellinie
- ☐ Knochentransplantation zum Knochenaufbau
- ☐ Augenlider / Stirn / Wangen straffen
- ☐ Nasenpolyp-Entfernung
- ☐ Nasenbeinfraktur
- ☐ Nasenscheidewandkorrektur
- ☐ wiederkehrende Mittelohrentzündung
- ☐ Einsetzen eines Paukenröhrchens ins Trommelfell
- ☐ Zahnfisteln

Hals :

- ☐ Schilddrüse-Entfernung
- ☐ Nebenschilddrüse-Entfernung

- ☐ Lymphknotenentfernung

Extremitäten :

- ☐ Impfnarben (Oberarme / Gesäß)
- ☐ Schulter-Operation
- ☐ Schnittverletzung an Händen und Fingerkuppen
- ☐ Dupuytren'sche Kontraktur
- ☐ Schlagaderschnitte
- ☐ Nageloperation, - Entfernung
- ☐ Bänderrisse am Fuß
- ☐ Achillessehnenriss
- ☐ Hallux - Operation
- ☐ Hühneraugen-Entfernung
- ☐ Herzkatheder-Untersuchung
- ☐ Frakturnarben
- ☐ Narben des Fixateur extern
- ☐ Hüftoperation
- ☐ Knie-Operation (Kreuzbänder / Kniescheibe / Seitenband / Meniskus)
- ☐ Krampfader-Operation
- ☐ gebrochene Finger / Zehen

Allgemein Haut :

- | | |
|--|---|
| ☐ Piercings | ☐ Permanent Make-up |
| ☐ Verbrennungen | ☐ Furunkel – Entfernung |
| ☐ Muttermal - Entfernung | ☐ Tätowierungen / Tattoos |
| ☐ Lipom - Entfernung | |
| ☐ Selbstverletzungen | |

Brustkorb :

- ☐ Schlüsselbeinfraktur
- ☐ Rippenfraktur
- ☐ Herzoperation / Lungenoperation
- ☐ Brustknotenentfernung
- ☐ Brustvergrößerung / Brustverkleinerung
- ☐ Brustentfernung
- ☐ Lymphknotenentfernung im Brust / Achselbereich

Bauch- , Unterleib- , Genitalbereich :

- ☐ Bauchnabel
- ☐ Blinddarm - Narbe
- ☐ Leistenbruch - Narbe
- ☐ Laparoskopische Bauchoperation
- ☐ Gallenblasen - Operation
- ☐ Drainage - Narben
- ☐ Unterbindungsnarbe
- ☐ Gebärmutterentfernung
- ☐ Periduralanästhesie
- ☐ Kaiserschnitt
- ☐ Magen – Darm - Operation
- ☐ Lumbalpunktion
- ☐ Beschneidung

- ☐ Operation nach unvollständigem Hoden – Deszensus (Hochstand)
- ☐ Dammschnitt
- ☐ Konisation (Beschneidung) vaginal
- ☐ Gebärmutterpolyp - Entfernung

Sonstige Narben :

- O
- O
- O
- O

Operationen / Unfälle / Verletzungen (Was, wann, wo am Körper)

-
- A vertical list of ten empty circles, each followed by a dotted line for writing.