

Anamnesebogen des VBCI e.V. (bitte ausfüllen)

Name

Vorname

Adresse

Emailadresse

Telefonnummer

Geburtsdatum

Fragen:

- Seit wie lange sind Sie krank?
- Wie hat die Krankheit angefangen?
- Haben Sie persistierende und weiter anhaltende nicht durch Ihren Lebensstil begründete Erschöpfung ?
-
- Hat diese anhaltende Erschöpfung Auswirkung auf Ihr Arbeitsleben, auf Ihr persönliches Leben, auf Ihr Sozialleben?
- Fühlen Sie sich nach Stress schlechter, wie lange hält dieser Zustand an?

Haben Ihnen die Ärzte eine der folgenden Diagnosen gegeben?

- 1) CFS
- 2) Fibromyalgie
- 3) Multiple Sklerose
- 4) Epilepsie
- 5) Lupus oder Sklerodermie
- 6) Rheumatische Arthritis
- 7) Gicht
- 8) Endometriose
- 9) Hashimoto Krankheit
- 10) Hautkrankheit
- 11) Depressionen
- 12) Psychiatrische Diagnose
- 13) Hypochondrie
- 14) Weiteres
- 15) Keine Diagnose

- Wer hat Ihnen eine der oben angegebenen Diagnosen gegeben?
-
- Sind Sie auf Medikamente allergisch? Wenn ja gegen was?
-

- Unabhängig von der jetzigen Lage, wie war es vorher?
-
- Sind Sie nie operiert worden?
-
- Haben Sie ein Kind verloren?
-
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?
-
- Haben Sie eine Zeckenfieber gehabt?
-
- Wie sind Sie behandelt worden?
-
- Haben Sie regelmäßige Kontakte mit Kaninchen, Pferden, Schafen, Schweinen, Ziegen, Katzen, Hunden, Flöhen(Zwischenwirte), Zecken, Papageien und Vögeln verschiedener Art?
-
- Haben Sie nie in Ihrem Leben unpasteurisierte Milch (Rohmilch) oder verunreinigtes Wasser, zB. Brunnenwasser getrunken?
-
- Haben Sie nie Rohfleischprodukte oder Rohfischprodukte gegessen?
-
- Bevor, dass Sie krank wurden haben Sie die Wohnung oder Ihren Arbeitsplatz gewechselt?
-
- Sind Sie in Ausland gewesen und in welchen Ländern?.....

Vor Eintritt des jetzigen Zustands hatten Sie (Antworten mit Ja oder Nein)

- einen Autounfall
- eine OP
- psychologische Probleme
- eine extensive ZähneOP
- Amalgam
- Haben Sie irgend eine Impfung erhalten? Wenn ja, welche?
- Haben Sie regelmäßig Kontakt mit Holzstaub oder Holzresten?
- Haben Sie regelmäßig Kontakt mit frischem Fleisch oder mit Tierblut?
- Haben Sie mit Tierexkrementen zu tun?
- Haben Sie nie eine Bluttransfusion gehabt?
- Haben Sie Warzen gehabt?
- Vertragen Sie Alkohol?
- Können Sie Zucker nicht widerstehen?
- Werfen Sie Objekte aus Ihrer Hand?
- Haben Sie Gewicht verloren oder haben Sie zugenommen?
- Haben Sie Libidoverlust?

Bitte erklären Sie, ob diese Symptome für Sie zutreffend sind: (Antworten mit Ja oder Nein)

- Haben Sie lang andauernde Erschöpfung
- Haben Sie Kopfschmerzen
- Haben Sie Schweißausbrüche z.B. nachts?
- Haben Sie Gedächtnisprobleme?
- Haben Sie Konzentrationsstörungen?
- Haben Sie Depressionen?
- Haben Sie Schlafprobleme
- Haben Sie Muskelschmerzen
- Zittern Sie?
- Fühlen Sie ein Kribbeln?
- Haben Sie eine Gesichtsempfindungslosigkeit?
- Haben Sie geschwollene Lymphknoten?
- Haben Sie eine Nebenhöhlenentzündung?
- Haben Sie ein pelzhartiges Gefühl auf der Zunge?
- Haben Sie Tinnitus?
- Haben Sie Schwindel?
- Haben Sie Sehstörungen?
- Haben Sie Schmerzen in der Brust?
- Haben Sie Darmprobleme?
- Haben Sie Blaue Flecken?
- Haben Sie Hautprobleme?
- Haben Sie ein Druckgefühl in der Brust?
- Haben Sie Allergien?
- Haben Sie kalte Hände und kalte Füße?
- Verlieren Sie Haare?
- Sind sie vom Raucher zum Nichtraucher plötzlich geworden?
- Müssen Sie häufig Wasser lassen?
- Haben Sie ein metallisches Gefühl im Mund?