

Anamnese – Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. Privat _____

Straße _____ Tel. Mobil _____

PLZ-Ort _____ E-Mail _____

Beruf _____ Familienstand/Kinder _____

Versicherung: () Gesetzlich (AOK, DAK, etc.) () Beihilfe () Privat

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Nehmen Sie sich bitte dafür genug Zeit. Zutreffende Beispiele genügt es zu unterstrichen, ansonsten bitte selber schriftlich beantworten.

Was führt Sie zu mir? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Operation, Unfall, Kummer, Trauer, Schreck, Medikamente, etc.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Migräne, Nierenerkrankungen, Gallensteine, Depressionen, Selbstmord, Asthma, Diabetes, Geschlechtskrankheiten, Rheuma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Gicht

Welche Impfungen, Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Windpocken, Scharlach, Polio (Kinderlähmung), Tetanus, Mononukleose (Pfeiff. Drüsenfieber), Malaria, Syphilis, TBC, usw.

Leiden Sie unter Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Wenn ja: häufig, selten, Stirnregion, Augenregion, Schläfen, Hinterhaupt, morgens, abends, halbseitig, re./li., beidseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündung, Kurz-/Weitsichtigkeit, Grauer Star, Grüner Star, Macula Degeneration usw.

Ohren Tinnitus – re./li. seit.....Schwerhörigkeit seit.....andere.....

Zähne/Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, behindernde Nasenatmung, Nasennebenhöhlenentzündung

Mandeln Operation, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operationen

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stiche, Druck, Herzrasen, Beklemmungen,
Herzstolpern, Infarkt

Lunge Bronchitis, Asthma, häufig Husten, Heiserkeit, Auswurf, Rauchen

Leber Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch

Niere Durst, Nierensteine, Entzündungen-häufig, Miktionsverhalten

Magen Vollegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit,
Nahrungsmittelallergien_____

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen-
Geruch....

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach_____

Verstopfung, Durchfall, Konsistenz, Stuhl hell, dunkel,
übelriechend, hart, knollig, weich, kann Stuhl nicht halten usw.

Rücken-Arme-Beine-Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisarm, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Kribbeln, kalte Füße, Taubheitsgefühl usw.

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze usw.

Narben **Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**

ja – Bitte beim Besuch zeigen

nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses Wann war die erste Menses_____ Wann die letzte_____
Beschwerden vor-nach-während der Regel – welche?_____
Klimakterische Beschwerden_____

Verhütungsmittel? ja nein

Wenn ja, welche?_____

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach_____

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht_____ **Körpergröße**_____

Blutgruppe_____ **Blutdruck**_____ **Puls**_____

Trinken Sie Alkohol?_____ **Rauchen Sie?**_____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?_____

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?_____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?_____

Treiben Sie Sport? Welches? Seit wann?_____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen(Uhrzeit.....)
Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen,
Nachtschweiß usw.

Schlafzeit zu Bett gehen_____ **Aufstehen**_____

Schmerzfragen

Wo treten die Schmerzen auf?

Schmerzskala

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie Schmerzen?_____

Gab es ein auslösendes Ereignis?_____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, wöchentlich, selten

Wie ist der Schmerz? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, bohrend, dumpf usw.

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperl. Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Husten, Niesen

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmitteln, Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Müdigkeit, Berührungsempfindlichkeit, Schwindel, Schweißbildung, Muskelschwäche

Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bis jetzt, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Medikamente und Beipackzettel mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmitteln

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Sonstiges

