

Anamnese - Fragebogen

Datum:

Name

Geburtstag

Vorname

Tel. privat

Straße

Mobil

PLZ – Ort

Beruf

E-Mail

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Nehmen Sie ggf. Beiblatt.

Allgemeines:

Mein aktuelles Körpergewicht

Meine Körpergröße

Meine Blutgruppe (falls bekannt)

Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol?

Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen

übliches Aufstehen

Schmerzfragen:

Haben Sie schmerzen?

Wo treten Schmerzen auf?

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

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

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

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

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Impfungen bzw. Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Covid, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Wann?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann

Nahrungsmittel

Tiere

Medikamente

Sonstiges

Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

Augen:

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula- Degeneration usw.

Ohren: links / rechts
Tinnitus Schwerhörigkeit, etc.

Zähne/ Kiefer:

Zahnfüllmaterialien: O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

Nase: Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasen-
atmung, Nase verstopft

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch:

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhyth-
musstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber: Entzündung - Hepatitis

Galle: Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglich-
keit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit

Darm: Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation,

Blähungen – Geruch

Stuhlgang: täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken: Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut:

Unterleib – Gynäkologie:

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

Beschwerden vor - nach - während der **Regel** - welche

Klimakterische Beschwerden

Nehmen Sie **Verhütungsmittel**? Ja nein
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

Chronologie der Krankengeschichte:

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

Sonstiges: