

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen vorab in Ruhe so detailliert wie möglich aus und bringen ihn zu unserem ersten Termin mit.

Vielen Dank!

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

PLZ, Ort _____

Straße _____

Beruf _____

Familienstand _____

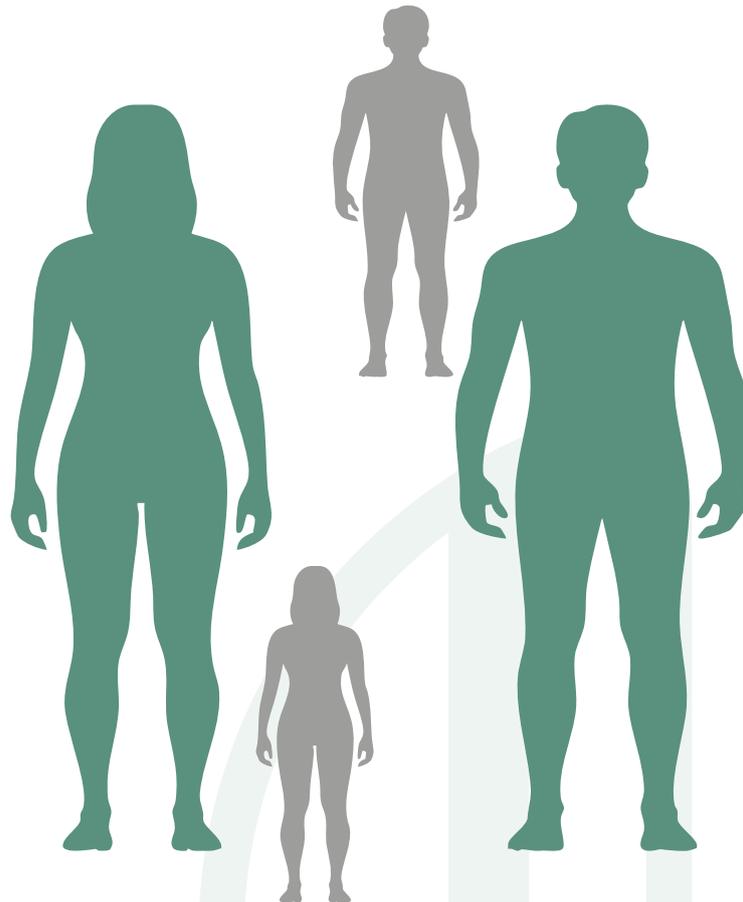
Telefon _____

Email _____

AKUTE BESCHWERDEN

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?

Einfach intuitiv markieren.



Was? (freie Schilderung)

Wo? (Lokalisation)

Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz) und **Schmerzintensität** (auf einer Skala von 1-10)

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), **Ablauf** (was verbessert, was verschlimmert), **bestimmte Tageszeiten**

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?

SONSTIGE ERKRANKUNGEN / OPERATIONEN / BEHANDLUNGEN

(durch Ärzte / Heilpraktiker)

Erkrankung / Operation / Behandlung	Zeitpunkt / Jahr	Besteht immer noch?
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

MEDIKAMENTENEINAHME

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel und wenn ja welche in welcher Dosierung?

FAMILIENANAMNESE

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-erkrankungen)

SOZIALE ANAMNESE

Wie ist Ihr Freundeskreis?

Wie ist Ihr Familienkreis?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt?

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

ALLGEMEINE LEBENSFÜHRUNG

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol?	Menge: Sorte:
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?	Zigaretten täglich: seit Lebensalter:
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?	Ja Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?	Ja Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam? Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafchwierigkeiten? Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	Ja Nein Ja Nein
Haben Sie große Sorgen? Sind Sie nervös?	Ja Nein Ja Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?	Ja Nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	Ja Nein
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	Ja Nein

ALLERGIEN

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	Ja Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose	Ja Nein Welche:
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	Allergien gegen: Welche:

Welche Nahrungsmittel essen oder trinken Sie wie häufig?

(Kuh-)Milchprodukte	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Süßigkeiten/ Zucker	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Softgetränke (Cola)	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Energydrinks	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Kaffee	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Weißehlprodukte	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Vollkornprodukte	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Hülsenfrüchte/ Soja	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Fleisch	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Fisch	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Eier	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Gemüse	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Obst	nie	selten	täglich	mehrmals täglich
Nüsse	nie	selten	täglich	mehrmals täglich

ALLERGIEN

Leiden Sie unter Schwindel?	Ja	Nein
Ohnmachtsanfällen?	Ja	Nein
Epileptischen Anfällen?	Ja	Nein
Kopfschmerzen?	Ja	Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	Ja Welche:	Nein
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	Ja	Nein
Ohrenschmerzen?	Ja	Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	Ja	Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	Ja	Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	Ja	Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	Ja	Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	Ja Welche:	Nein

HALSBEREICH

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	Ja	Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	Ja	Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	Ja	Nein

BRUSTBEREICH

Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	Ja Wie lange? Beschaffenheit: Ja	Nein Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	Ja	Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	Ja	Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	Ja	Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	Ja	Nein

BAUCHBEREICH

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	Ja Welche?	Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	Ja	Nein
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	Ja	Nein
Sodbrennen?	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	Ja Beschwerde:	Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	Ja Veränderung:	Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	Ja	Nein

ÄRME UND HÄNDE

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	Ja	Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	Ja	Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	Ja	Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	Ja	Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	Ja	Nein

BEINE UND FÜSSE

Leiden Sie unter Krampfadern?	Ja	Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	Ja	Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	Ja	Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	Ja	Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	Ja	Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	Ja	Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	Ja	Nein

HARN- UND GESCHLECHTSORGANE

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	Ja	Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	Ja	Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	Ja Veränderung:	Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	Ja	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten?	Ja	Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	Ja	Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	Ja	Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	Ja	Nein

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE DER FRAU

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?		
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?		
Wie lange ist die Zyklusdauer?		
Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal, stark)		
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	Ja	Nein
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	Ja	Nein

HAUT

Leiden Sie unter Hautveränderungen?	Ja	Nein
Hautjucken?	Ja	Nein
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	Ja	Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	Ja	Nein

Anmerkungen:

Datum, Unterschrift _____