

Anamnesebogen

Name	<input type="text"/>	Geb.-Datum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Tel. privat	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Familienstand / Kinder	<input type="text"/>

Versicherung

Gesetzlich Privat Beihilfe Zusatz

Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann bestehen diese? Beginnen Sie mit den Beschwerden, die Sie am meisten stören:

Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Insektenstiche, Auslandsaufenthalt

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister

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

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

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

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten (Urlaub), Tuberkulose,

Sind Allergien bekannt? Welche?

Pollen / wann?	
Hausstaub	
Nahrungsmittel / welche?	
Medikamente / welche?	
Andere / welche?	

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- Häufig Selten Nie

Falls ja, beschreiben Sie den Kopfschmerz

Leiden Sie unter Schwindel?

- Nein Ja

Haare:

- kein Haarausfall Haarausfall

seit

Ohren:

- Kein Tinnitus Tinnitus

seit

- Keine Schwerhörigkeit Schwerhörigkeit

seit

- Keine Ohrenscherzen Ohrenscherzen

seit

Zähne/Kiefer

Tragen Sie eine Zahnspange?

- Keine Zahnspange Feste Zahnspange Knirscher-Spange Herausnehmbare Spange

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

- Nein Ja

Wurde Amalgamausleitung durchgeführt?

- Nein Ja

Zahnfüllmaterialien

- Amalgam Kunststoff Keramik Gold Andere Keine

Nase

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Beschwerden | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> Behinderte Nasenatmung |
| <input type="checkbox"/> Nase verstopft | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Operation |

Halsbereich

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Überfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Vergößerung | <input type="checkbox"/> Operation |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Mandeloperation | <input type="checkbox"/> Halsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Basedow | <input type="checkbox"/> Häufig Mandelentzündung |

Brust und Bauch

Herz:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stechen | <input type="checkbox"/> Druckgefühl |
| <input type="checkbox"/> Infarkt | <input type="checkbox"/> Beklemmung | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen |

Lunge:

- | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Häufiger Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Auswurf | <input type="checkbox"/> Asthma | |

Leber:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entzündung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

Galle:

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Steine | <input type="checkbox"/> Koliken | <input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Magen:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Darm:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Geruch | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Stuhlgang:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Jeden <input type="text"/> Tag |
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Durchfall | <input type="checkbox"/> Neigung zur Verstopfung |

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme:

- keine Beschwerden Operationen

Falls Sie Beschwerden haben, beschreiben Sie diese kurz

Beine:

- keine Beschwerden Operationen

Falls Sie Beschwerden haben, beschreiben Sie diese kurz

Rücken:

- keine Beschwerden Operationen

Falls Sie Beschwerden haben, beschreiben Sie diese kurz

Haut / Nägel

- keine Beschwerden Warzen Pilze
 Entzündungen Veränderungen

Falls Sie Beschwerden haben, beschreiben Sie diese kurz

Narben:

- Ja Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie:

- Ausfluss Entzündungen Ausschabungen Fehlgeburten
 Tumore Zysten / Myome Sonstiges

Menses:

Wann war die erste Menses? Wann die letzte?

Beschwerden (auch klimakterische)

Nehmen Sie Verhütungsmittel ? Welche?

Niere / Blase

- Nierensteine Entzündungen Schmerzen Blut im Urin
 Sonstiges

Prostata

- Beschwerden

Allgemeines

Körpergewicht aktuell
Blutdruck

Größe in cm

Nichtraucher Raucher

Trinken Sie Alkohol

Nie Gelegentlich Regelmäßig

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien

Nein Ja, nämlich

Haben Sie in letzter Zeit unfreiwillig Gewicht verloren / zugenommen?

Ja Nein

Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

Liter

Wie oft treiben Sie Sport ?

1-2 Mal / Woche Öfter Nie / selten

Schlaf:

Schlaflosigkeit Einschlafstörung Nachtschweiß Durchschlafstörun

Zähneknirschen Sonstiges

Schmerzfragen

Schmerzfragen für den Hauptschmerz: 1(schwach) – 10 (sehr stark)

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Wie ist das Schmerzempfinden?

Welche Ereignisse verbessern?

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Urlaub | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |

Welche Ereignisse verschlechtern?

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Urlaub | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |

Andere Symptome zum Schmerz?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Schweißbildung | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Seh-/Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> | | |

Welche Schmerzbehandlung erfolgte bisher?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel!

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

1 (gering) – 10 (sehr belastbar)

Welche weiteren Informationen zum Umfeld Ihrer Erkrankung halten Sie für wichtig?

Bitte mitbringen, falls vorhanden: Laborwerte, CT, NRT, Röntgenaufnahmen, Berichte etc.

Ort / Datum

Unterschrift Patient

