

Anamnesebogen

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Festnetz: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

ausgeübter Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Familienstand: _____ Anzahl Kinder: _____

Beschwerden / Erkrankungen

Was sind Ihre momentanen Beschwerden? Warum kommen Sie zu mir? Ordnen Sie Ihre Beschwerden nach Priorität.

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

Können Sie den Beschwerden bestimmte Auslöser zuordnen? (Unfälle, Medikamente, OP, Hauterscheinungen, emotionale Belastungen u.ä.)

Wie viele Ärzte, Heilpraktiker, Kliniken o. ä. haben Sie wegen den Beschwerden bereits aufgesucht?

Welche Therapiemaßnahmen gegen die Beschwerden wurden durchgeführt?

Welche Medikamente/Kräuter/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit in welcher Dosis ein?

Krankengeschichte

Erfassen Sie bitte alle bisher durchgemachten Erkrankungen/OPs in chronologischer Folge:

Leiden/Litten Sie an schweren Erkrankungen?

Z. B. Tumorerkrankungen, Herz- Kreislauferkrankungen, Lungenerkrankungen

andere schwere Erkrankungen:

Leiden Sie an wiederkehrenden Erkrankungen, z. B. Erkältungen u. ä.?

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

Z. B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Diphtherie, Tuberkulose, Kinderlähmung, Ruhr, Salmonellose, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Malaria, Pfeiffisches Drüsenfieber, Hepatitis u. a.

andere Infektionserkrankungen:

andere Tropenerkrankungen:

andere Geschlechtserkrankungen:

Haben Sie OP - Narben? Wenn ja, wo?

Wurden Sie schon einmal mit Antibiotika behandelt? Wenn ja, wann?

Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Groß- u. Urgroßeltern, Geschwister)

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Krebs |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Schuppenflechte | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Gicht |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankg. | <input type="radio"/> Neurodermitis | <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Suizid |

Andere Krankheiten:

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Pocken | <input type="radio"/> Tbc |
| <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Diphtherie | <input type="radio"/> Tetanus | <input type="radio"/> Hib |
| <input type="radio"/> Röteln | <input type="radio"/> Kinderlähmung (Polio) | <input type="radio"/> Meningokokken | <input type="radio"/> Grippe |
| <input type="radio"/> Pneumokokken | <input type="radio"/> Varizellen | <input type="radio"/> HPV | <input type="radio"/> FSME |
| <input type="radio"/> Cholera | <input type="radio"/> Pertussis | <input type="radio"/> Gelbfieber, Dengue | <input type="radio"/> Tollwut |

Andere Impfungen:

Hat Ihr Körper auf die Impfung reagiert (Fieber, Krämpfe, Unruhe, schlaflos o.ä.)?

Empfindungen / Emotionen

- Sind Sie temperaturempfindlich? ja nein
- Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein
- Haben Sie Probleme in engen Räumen? ja nein
- Haben Sie Konzentrationsprobleme? ja nein
- Fühlen Sie sich leicht müde und erschöpft? ja nein
- Sind Sie leicht reizbar? ja nein
- Haben Sie Angstprobleme? ja nein
- Haben Sie Schuldgefühle? ja nein
- Grübeln Sie oft? ja nein
- Schwitzen Sie leicht? kalter warmer Schweiß ja nein
- Schwitzen Sie nachts? Wenn ja, wo _____ ja nein
- Haben Sie oft kalte Hände und/oder Füße? ja nein
- Frieren Sie allgemein leicht? ja nein
- Wie belastbar sind Sie? gar nicht 30% 50% 80% 100%
- Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern? sehr gut gut mäßig schlecht
- Haben Sie eine(n) Partnerin/Partner? ja nein
- Wie ist das Partnerverhältnis? sehr gut gut mäßig schlecht
- Würden Sie sich als glücklich einschätzen? ja nein

Ernährung

Welche Getränke nehmen Sie täglich hauptsächlich zu sich? Geordnet nach Priorität.

1. _____ Menge in Liter: _____
2. _____ Menge in Liter: _____
3. _____ Menge in Liter: _____
4. _____ Menge in Liter: _____
- | | |
|------------|-------|
| Summe tgl. | _____ |
|------------|-------|

Welche Nahrungsmittel essen Sie täglich?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Essen Sie die folgenden Nahrungsmittel? Wenn ja, bitte ankreuzen.

- Milchprodukte Zucker/Süßigkeiten Zuckerersatzstoffe Nudeln
- Mehlprodukte Kuchen Nüsse Pizza

Wie oft essen Sie Fleisch, welches Fleisch und in welchen Mengen?

Wie oft essen Sie Wurst, welche Wurst und in welchen Mengen?

Haben Sie Vorlieben für oder Abneigungen gegen bestimmte Geschmacksrichtungen?

(süß, sauer, scharf, bitter, salzig)

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsregeln/-richtlinien? Wenn ja, welche?

Können Sie sich vorstellen, mit meiner Hilfe, Ihre Ernährungsgewohnheiten umzustellen?

- ja nein

Wohnen

Wohnungsbeschaffenheit

- Funkmasten in d. Nähe Überlandleitung i. d. Nähe Schimmelpilzbelastung
 Bäche, Flüsse i. d. Nähe Bahnstrom i. d. Nähe Teppichböden
 Mikrowelle Antiquitäten Holzschutzmittel

Schlafqualität

- Schwierigkeiten beim Einschlafen schlaflos Zähneknirschen
 Schwierigkeiten beim Durchschlafen Sprechen im Schlaf Nachtschweiß
 häufiges Erwachen, um wie viel Uhr _____ häufiges Wasserlassen, wie oft _____

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Handy/Internet Wasserbett elektr. Geräte im Standby

Welches ist Ihre bevorzugte Schlafposition?

Wann gehen Sie i.d.R. zu Bett?

_____ Uhr

Wann stehen Sie i.d.R. auf?

_____ Uhr

Kopf / Hals

Haben Sie Kopfschmerzen? häufig selten nie

Wo sind die Kopfschmerzen lokalisiert und wann treten sie auf?

Auslöser	was verbessert	was verschlechtert
_____	_____	_____
Haare	Augen	Ohren
<input type="radio"/> Haarausfall allg.	<input type="radio"/> Bindehautentzündung	<input type="radio"/> Schmerz links
<input type="radio"/> kreisrund Haarausfall	<input type="radio"/> kurzsichtig (nah gut, weit schlechter)	<input type="radio"/> Schmerz rechts
<input type="radio"/> vereinzelter Haarausfall seit wann _____	<input type="radio"/> weitsichtig (weit gut, nah schlechter)	<input type="radio"/> Schwerhörig
	<input type="radio"/> Brille seit _____	<input type="radio"/> Ohrengeräusche
	Sonstiges _____	<input type="radio"/> Ohrendruck
		<input type="radio"/> Mittelohrentzündung

Zähne/Kiefer

- häufige Zahnarztbesuche Beschwerden Weisheitszähne
 Wurzelbehandelte / tote Zähne Beschwerden bei der Zahnung

Empfindlich: heiß kalt

Zahfüllmaterial besteht aus:

- Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium anderes

Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wenn ja, wann?

Nase

- OP Heuschnupfen behinderte Nasenatmung verstopfte Nase
 häufige Nasennebenhöhlenentzündung Allergie auf: _____
 Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln

- OP / Wann? _____ häufige Entzündung als Kind heute

Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion vergrößert OP

Brust/Bauch & Organe

Brustdrüsen	<input type="radio"/> Beschwerden	<input type="radio"/> OP	Wenn ja, wann war OP? _____	
Herz	<input type="radio"/> Beschwerden <input type="radio"/> Beklemmung	<input type="radio"/> Stechen <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/> Druckgefühl	<input type="radio"/> Infarkt <input type="radio"/> OP
Lunge	<input type="radio"/> häufige Bronchitis <input type="radio"/> Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> häufiges Husten	<input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> OP
Leber	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Hepatitisvirus ----->>>>	<input type="radio"/> Druck im Oberbauch <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> OP	
Galle	<input type="radio"/> Steine <input type="radio"/> Koliken	<input type="radio"/> Druck	<input type="radio"/> OP	<input type="radio"/> Fettunverträglichkeit
Magen & Speiseröhre	<input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Appetitlos	<input type="radio"/> Gastritis <input type="radio"/> Sodbrennen	<input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie	
Niere/Blase	<input type="radio"/> Nierensteine <input type="radio"/> Sonstige Harnwegserkrankungen, wenn ja welche:	<input type="radio"/> Entzündungen Niere	<input type="radio"/> Entzündungen Blase	
Harn	<input type="radio"/> sehr viel <input type="radio"/> sehr wenig <input type="radio"/> oft + viel <input type="radio"/> oft + wenig <input type="radio"/> kann nicht halten Sonstige Auffälligkeiten (Urinfarbe o.ä.)			
Darm	<input type="radio"/> Infektionen <input type="radio"/> Colitis ulcerosa	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Morbus Crohn	<input type="radio"/> Hämorrhoiden <input type="radio"/> Blähungen	<input type="radio"/> OP
	Haben Sie die Diagnose Reizdarm erhalten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann? _____ Von wem? _____			
Stuhlgang	<input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> mehrmals Täglich	<input type="radio"/> jeden 2. Tag	<input type="radio"/> weniger	
	<input type="radio"/> häufig Verstopfung	<input type="radio"/> häufig Durchfall	<input type="radio"/> kann Stuhl nicht halten	
Konsistenz	<input type="radio"/> dunkel <input type="radio"/> hell	<input type="radio"/> hart <input type="radio"/> knollig	<input type="radio"/> schmierig	<input type="radio"/> pastenartig
	<input type="radio"/> weich <input type="radio"/> Gefühl nicht fertig zu werden			
Rücken / Arme / Beine				
Rücken	<input type="radio"/> Hexenschuss <input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: <input type="radio"/> OP, wenn ja, welche	<input type="radio"/> Ischias	<input type="radio"/> Skoliose	<input type="radio"/> Rheuma
Arme/Hände	<input type="radio"/> Kribbeln <input type="radio"/> kalte Hände <input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: <input type="radio"/> OP, wenn ja, welche	<input type="radio"/> Tennisellenbogen/Golferellenbogen		
Beine/Füße	<input type="radio"/> heiße Füße <input type="radio"/> kalte Füße <input type="radio"/> Taubheit <input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: <input type="radio"/> OP, wenn ja, welche	<input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Krampfadern	
Haut	<input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: _____ <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: _____ <input type="radio"/> OP, wenn ja, wo/welche: _____ <input type="radio"/> Verbrennungen, wenn ja wo und Grad: _____ <input type="radio"/> Warzen, wenn ja wo und Anzahl: _____ <input type="radio"/> Geschwür, wenn ja, wo: _____ <input type="radio"/> Narben, wenn ja, wo: _____ <input type="radio"/> Pilzbefall, wenn ja wo: _____ <input type="radio"/> Juckreiz, wenn ja wo: _____ <input type="radio"/> Allergie, wenn ja worauf: _____ <input type="radio"/> Nagelbettentzündung			

Schmerzanamnese allgemein

Wo treten Schmerzen auf und in welcher Stärke?

Skala von 1 bis 10

1 schwach.....mittel 5.....stark 10

Beschreiben Sie dazu den Schmerzcharakter: ziehend, brennend, stechend, klopfend, dumpf, bohrend, reizend, krampfend...

Wo?	Wie oft?	Stärke	Schmerzcharakter:
1.			
2.			
3.			

Welche Ereignisse verschlimmern?

- Stehen Sitzen Gehen Körperl. Belastung Stress Kälte
 Wärme Nahrungsmittel Wetter Tageszeit:
 Monatsblutung Weiteres:

Was verbessert?

- Kälte Schmerzmittel Bewegung Ruhe
 Wärme Weiteres:

Nennen Sie weitere Symptome des Schmerzes?

- Hauterscheinungen Empfindlichkeit Schwindel Schweiß Mattigkeit
 Bewegungseinschränkung Sehbehinderung Hörbehinderung Schwäche

Allgemein:

Was waren die bisherigen Therapien und welcher Erfolg stellte sich dadurch ein?

Therapie:

Erfolg:

Therapie:

Erfolg:

Therapie:

Erfolg:

Über Nebenwirkungen bzw. eventuelle Risiken der durchzuführenden Maßnahmen werde/wurde ich ausführlich aufgeklärt. Ich erkläre mich mit den Behandlungen einverstanden. Alle Unklarheiten werden im persönlichen Gespräch geklärt, Einwände schriftlich festgehalten:

Sollten Sie die durch Ärzte bereits vorgeschlagenen Operationen oder andere Behandlungen (z. B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie u. a.) ablehnen oder aufschieben, so geschieht dies ausschließlich in eigener Verantwortung (=Patientenverantwortung)!

Bitte unterzeichnen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme der aufgeführten Erklärungen und Ihr Einverständnis zu den gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Ort / Datum

Unterschrift