

Anamnesebogen

Personendaten

Datum: _____
Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____ Handy: _____
Email: _____
Geb.: _____
Versicherung: Gesetzlich Beihilfe/Post Privat-Versicherung
Name der Krankenkasse: _____
Wer hat mich empfohlen? _____

Momentane Beschwerden

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Frühere Erkrankungen (wenn möglich chronologisch)

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

Seelische Belastungen (früher und heute)

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

Wie stellen Sie sich Ihr Leben nach der Heilung vor?

Eigenanamnese

Beruf

Erlernt: _____

Ausgeübt: _____

Exposition (Giftstoffe): _____

Familienanamnese

Beispiele für Krankheiten in der Familie: z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Epilepsie, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Süchte, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Vater

Lebt Gestorben mit _____ Jahren an _____

Leidet/litt an _____

Mutter

Lebt Gestorben mit _____ Jahren an _____

Leidet/litt an _____

Beschwerden d. Geschwister

Beschwerden d. Ehepartners

Beschwerden d. Kinder

Allgemeines

Blutgruppe _____ Blutdruck: _____/_____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Appetit

Gut Mäßig Schlecht Abneigung gegen Fett/Fleisch

Durst

Normal Gesteigert Wenig

Flüssigkeitsmenge pro Tag (ohne Kaffee und Alkohol): _____ l/Tag

Gewicht

Konstant Zunahme Abnahme
Wie viel? _____ kg in _____ Wochen

Husten

Nein Ja

Falls ja, beschreiben Sie den Husten und ggf. den Auswurf (auch die Farbe)

Schwitzen

Normal Dauernd Nachts

Stuhlgang

Regelmäßig Verstopfung Durchfall

Wie oft pro Tag? _____ mal

Stuhlform normal Bleistiftförmig

Farbe: _____ Beimengungen: _____

Falls Verstopfung und Durchfall, seit wann? _____

Haben Sie öfters Blähungen? Nein Ja, Geruch: _____

Urin / Wasserlassen

Normal Häufig mit kleinen Mengen Wenig Schmerzhaft

Nachts etwa um folgende Uhrzeit(en) _____

Harnfarbe: _____

Schlaf

übliches zu Bett gehen um _____ Uhr, übliches Aufstehen um _____ Uhr

Schlechtes Einschlafen Zu frühes Erwachen (Uhrzeit _____)

Nikotin

Nichtraucher Zigaretten Zigarren Pfeife

Wie viele am Tag? _____ Seit wann? _____

Alkohol

Nie Selten Regelmäßig

Beschreiben Sie was und wie viel Alkohol Sie trinken:

Hinweis: Bei dieser Frage werden aus falscher Angst davor, dass der Behandler einen schlechten Eindruck bekommen könnte häufig falsche Angaben gemacht. Bitte seien Sie ehrlich zu sich selbst, denn dies kann Auswirkungen auf die Art der Behandlung und wesentlich auf Ihre Genesung haben.

Sport

Nein Ja: _____

Wie oft pro Woche? _____

Sonnenbank

Nein Ja, pro Jahr _____ mal

Zähne

Amalgamfüllungen

Nein Ja, welche Zähne? _____

Wurzelbehandlungen

Nein Ja, welche Zähne? _____

Sonstige Zahnbehandlungen

Gynäkologie

Ausfluss Ausschabungen Zysten Geschlechtskrankheiten

Tumore Fehlgeburten Myome Eierstockentzündungen

Art und Häufigkeit der Regel: _____

Schmerzen in der Regel? Nein Ja

Letzte Regel? _____

Geburten? _____

Aborte? _____

Menarche mit _____ Jahren

Menopause mit _____ Jahren

Gynäkologische Operationen

Impfungen/Infektionskrankheiten

Welche Impfungen oder Infektionskrankheiten hatten Sie? Bitte **Impfausweis** mitbringen.

	Geimpft	Erkrankt		Geimpft	Erkrankt
Angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pfeiffer'sches Drüsenfieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Borreliose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polio (Kinderlähmung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cholera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Röteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FSME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Salmonellose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grippe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Scharlach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbfieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Syphilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonorrhöe (Tripper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tetanus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tropenkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keuchhusten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Windpocken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mumps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gab es Impfreaktionen, z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen?

Nein Ja _____

Allergien

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Pollen _____

Nahrungsmittel _____

Sonstiges _____

Gehirn/Gedächtnisleistung

Können Sie sich gut Namen merken? Nein Ja

Können Sie sich kleinere Einkaufslisten merken? Nein Ja

Leiden Sie manchmal an Depressionen? Nein Ja

Haben Sie weiße Flecken auf den Nägeln? Nein Ja

Können Sie besonders komplex denken? Nein Ja

Haben Sie Konzentrationsprobleme? Nein Ja

Schmerzanamnese

Hinweis: Wenn Sie keine Schmerzen haben können Sie diesen Block überspringen

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- Falls ja, häufig selten
 Stirn Augen Schläfen Hinterhauptregion
 morgens abends
 halbseitig links rechts beidseitig

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

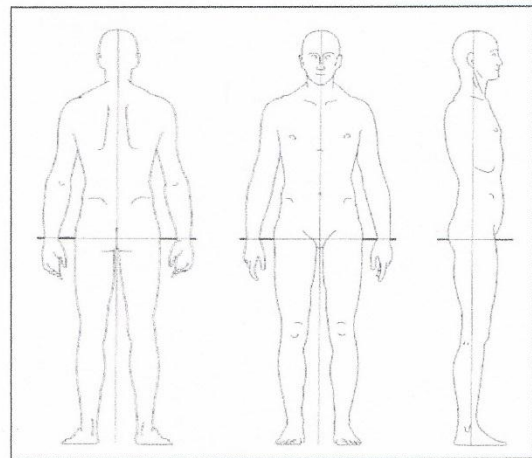
Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- Immer mehrmals am Tag seltener
 wöchentlich alle paar Tage

Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz?

- körperliche Belastung längeres Stehen sitzen gehen Stress
 Kälte Wärme Husten Niesen Tageszeit
 Nahrungsmittel Wetterlage Monatsblutung

Sonstiges _____



Welche Ereignisse verbessern die Schmerzen?

- Ruhe Schlaf Bewegung Kälte Wärme Sport
 Urlaub Schmerzmittel Sonstiges _____

Andere Symptome zum Schmerz

- Hautrötung Blässe Schwellung Berührungsempfindlichkeit
 Muskelschwäche Müdigkeit Schwindel Bewegungseinschränkung
 Schweißbildung Gangunsicherheit Seh- oder Hörstörungen

Schmerzbehandlung bisher?

Nehmen Sie momentan Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel)?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 bitte füllen Sie diese Checkliste zur Selbstmedikation aus. Sie geben mir damit die Möglichkeit, Ihre Erkrankung unter Beachtung möglicher Gefährdung durch Wechselwirkungen und Interaktionen von Medikamenten optimal zu behandeln. Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Welche Medikamente kaufen Sie für sich selbst in der Apotheke?

z.B.: Blutverdünner (antithrombotische Mittel)

z.B.: Heuschnupfenmittel (Antihistaminika)

z.B.: Schnupfenmittel

z.B.: Entzündungshemmende Mittel und Antirheumatika

z.B.: Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen

z.B.: Herz- und kreislaufstärkende Mittel

z.B.: Mittel mit beruhigender Wirkung

Weitere Arzneimittel oder Behandlungen durch andere Therapeuten/Ärzte

Weitere Mittel

Nehmen Sie Abführmittel? Nein Ja, seit _____

Nehmen Sie oft Süßstoffe zu sich? Nein Ja

Benutzen Sie Nikotinkaugummi? Nein Ja

Schlafmittel? Nein Ja, Mittel: _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Nein Ja, welche? _____

Nahrungsmittelanalyse

Beschreiben Sie was und wie viel von welchem Produkt Sie in der Woche essen

Milch und Milchprodukte

Fleisch

Fisch

Eier

Brot

Müsli

Teigwaren/Reis

Kartoffeln

Gemüse

Salat

Obst

Fette

Getränke

Alkohol

Süßwaren

Sonstiges
