

# Anamnesebogen



Datum .....

Name ..... Vorname .....

geb. ....

Straße .....

PLZ ..... Wohnort .....

Beruf .....

Familienstand .....

Tel.Nr. ....

email .....

Versicherung     gesetzlich     Beihilfe/Post     Privat

Krankenkasse

Größe                      Gewicht                      RR                      Puls

Momentane Beschwerden

Wo? (Lokalisation)

Wann? (Beginn, Auslöser, Ablauf, besti. Tageszeiten)

Wie? (Schmerzcharakter, Intensität Skala 1-10)

Warum/Wodurch? (Auslöser)

Bisherige Untersuchungen dazu:

Bisherige Diagnosen:

Befunde dazu:

Was ist Ihr Wunsch an mich? Welches Ziel haben Sie?

Bisherige Erkrankungen



Chronische Erkrankungen

Unfälle

OP's

Allergien

Medikamente       nein       ja welche? .....

Nahrungsmittel       nein       ja welche? .....

Pollen       nein       ja welche? .....

Andere .....

Kinderkrankheiten



Impfungen

Medikamentenanamnese (Welche Medikamente nehmen Sie ein?)

Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Spurenelemente ...)

Weitere

- |                                    |                            |                          |                           |
|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Abführmittel                       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | Name des Präparates ..... |
| Schlafmittel/<br>Beruhigungsmittel | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | Name des Präparates ..... |
| Verhütungsmittel                   | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | Name des Präparates ..... |
| Süßstoffe                          | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | Name des Präparates ..... |

Familienanamnese

Erkrankungen der Eltern, Großeltern, Geschwister.... ( Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Krebs, Allergien, psychische Erkrankungen...)

Vegetative Anamnese

- Appetit  gut  
 mäßig  
 schlecht  
 Abneigungen gegen bestimmte Speisen .....
- Durst  normal  
 gesteigert  
 wenig

Gewicht  konstant  
 Zunahme .....kg in .....Wo.  
 Abnahme .....kg in .....Wo.

Stuhlgang  regelmäßig = .....  
 Verstopfung = .....  
 Durchfall = .....  
 Blähungen = .....  
 Farbe Stuhl .....

Urin/Wasserlassen  normal  
 häufig, kleine Mengen  
 wenig  
 mit Schmerzen  
 Schmerzen in Nierengegend  
 Farbe Urin .....

Schwitzen  normal. ....  
 dauernd  
 selten  
 nachts

Fieber  nein  
 ja .....

Schlaf übliches zu Bett gehen um .....  
 übliches Aufstehen um .....  
 Schlaf ist erholsam  
 schlechtes Einschlafen  
 zu frühes Erwachen  
 kein Durchschlafen  
 Schnarchen  
 Schlafapnoe diagnostiziert

Nahrungs- und Genussmittel

Folg. Lebensmittel werden gerne/oft gegessen .....

Folg. Lebensmittel werden nicht gemocht .....

Nikotin  Nichtraucher  
 ja  Zigaretten pro Tag..... seit.....  
 Zigarren pro Tag..... seit.....  
 Pfeife pro Tag..... seit.....

Alkohol  nie  
 selten  
 regelmäßig Menge.....  
Sorte .....

Andere Drogen

Sport  nein  
 ja Art .....

pro Woche .....

Nahrungsmittelanalyse

Wie viel und wie oft?

- Milch / Milchprodukte .....
- Fleisch, Wurst .....
- Fisch .....
- Eier .....
- Fette .....
- Brot .....
- Müsli .....
- Nudeln, Reis .....
- Kartoffeln .....
- Gemüse .....
- Salat .....
- Obst .....
- Süßwaren .....
- Sonstiges .....

Zähne Amalgamfüllungen  nein  
 ja welche Zähne? .....

Wurzelbehandlungen  nein  
 ja welche Zähne? .....

Sonstige Zahnbehandlungen? .....

Gynäkologie

Menarche, wann? .....

Menopause, wann? .....

Zyklusdauer .....

Blutung  normal  
 schwach  
 stark  
 mit Beschwerden .....

Beschwerden Brust .....

Kinder geboren .....

- Ausfluss
- Ausschabung
- Zysten
- Myome
- Tumore
- Fehlgeburten
- Eierstockentzündung
- OP .....
- Geschlechtskrankheiten

Blut

Gerinnungsstörung  nein  
 ja .....

Soziale Anamnese

Hobbies

Macht Freude

Meine Stärken

Familie/Freunde

Wohnverhältnis

Sonstiges

Belastungen am Arbeitsplatz

Schadstoffe am Arbeitsplatz

Schimmelbelastung Wohnraum

zur Zeit belasten Sorgen

Nervosität

Konzentrationsstörungen

Merkfähigkeitsstörungen

Psychische Erkrankungen (z. B. Zwänge, Ängste, Depression...)

Haustiere





- Beine und Füße       Krampfadern       Wadenkrämpfe       Schmerzen  
                          Schwellungen       Gefühlsstörungen
  
- Haut       Hautveränderungen       Hautjucken       schlechte Wundheilung

Sonstiges