

Anamnese-Fragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____

PLZ- Wohnort: _____ E- Mail- Adresse: _____

Wer hat mich empfohlen: _____ Familienstand/ Kinder: _____

Versicherung: gesetzlich Beihilfe Privat- Versicherung

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell, bzw. akut/ Hauptproblem?

Haben Sie chronische Beschwerden?

Seit wann bestehen die Beschwerden? Wie begann die Erkrankung? Gibt es weitere gleichzeitig auftretende Symptome? (oder welche, die in Verbindung stehen?)

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

Impfstatus _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Aktuelles Gewicht: _____ aktuelle Körpergröße: _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Essverhalten allgemein: hungrig-schnell satt-wenig Appetit-wählerisch-durstig auf Kaltes/Warmes

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Treiben Sie Sport? welchen, seit wann? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen Uhrzeit _____, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Wie fühlen Sie sich psychisch? -Sehr gut-gut-wie immer-schlecht-sehr schlecht-

Gibt es Auffälligkeiten? Bitte kreuzen Sie an!

Herz-Kreislaufsystem	Atmung	Magen	Darm
Harnausscheidung	Haut	Ohren	Nase
Augen	Orthopädische Probleme	Zentrale Nervensystem	Hormonsystem
Stoffwechsel	Blut	Leber	Galle

Stuhlgang täglich-jeden2./3./4. Tag unregelmäßig, riecht nach _____

Farbe/ Beschaffenheiten: Stuhl hell-dunkel-übelriechend-hart-knollig-
weich-schmierig-pastenartigInkontinenz-Gefühl, nicht fertig zu
werden-wechselhaft

Allergien:

Pollen? Wann? _____

Nahrungsmittel: _____

Sonstige:

Wie äußern sich die Symptome? _____

Gibt es in der Familie Allergien? wenn ja, welche

Für Frauen:

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten,
Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten

Menses Wann war die erste _____ die letzte _____
Beschwerden vor-nach-während der Periode, welche _____
Klimakterische Beschwerden _____

Geburten Verlauf/ Dauer der Schwangerschaften
Besonderheiten: _____

Verhütungsmittel Welche _____

Schmerzen

Schmerzskala für den Hauptschmerz:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schwach

mittel

sehr stark

Seit wann haben Sie Schmerzen _____

Wo befinden sich die Schmerzen _____

Wie oft haben Sie Schmerzen immer-mehrmals am Tag-alle paar Tage-wöchentlich-seltener

Wie ist das Schmerzempfinden ziehend-brennend-stechend-klpfend-drückend-krabbelnd-reißend-kolikartig-krampfend-dampfbohrend-beengend

Welche Ereignisse verschlimmern körperl. Belastung-längeres Stehen-sitzen-gehen-Stress-Kälte-Wärme-Nahrungsmittel-husten-niesen-Tageszeit- Wetterlage-Periode

Welche Ereignisse verbessern Ruhe- Schlaf-Bewegung-Kälte-Wärme-Sport-Schmerzmittel-Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung- Blässe-Schwellung-Berührungsempfindlichkeit-Schweißbildung-Seh-oder Hörstörung-Gangunsicherheit-Muskelschwäche-Müdigkeit-Schwindel-Bewegungseinschränkung-Kopfschmerzen

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____