



Name, Vorname geb.

Anamnese – Fragebogen (Langfassung)

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ Tel. privat _____
Straße _____ Tel. Beruf _____
PLZ-Ort _____ e-mail _____
Beruf _____ Familienstand/Kinder _____

Empfehlung von _____

Versicherung Gesetzlich (AOK, DAK etc.) Beihilfe Beihilfe Post Privat Selbstzahler

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu **unterstreichen**, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

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

Seit wann bestehen Ihre jetzigen Beschwerden? _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, Kinder)

z.B. Psychiatrische Krankheiten, Selbstmord, Geschlechtskrankheiten, Schuppenflechte, Allergien, Asthma, Neurodermitis, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Rheuma, Erbkrankheiten, Multiple Sklerose, Migräne, Krebs, Tuberkulose, Nierensteine, Zuckerkrankheit, Gallensteine, Gicht, Sonstiges

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

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

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Keine

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Sonstiges _____

Gibt es Allergien? Keine

Pollen / wann _____

Nahrungsmittel _____

Medikamente _____

Sonstiges (Medikamente, Chemikalien, Pflaster, Latex u.s.w.) _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Kopf/Hals

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Nein - Falls ja: häufig, selten, Region: Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhaupt, halbseitig - links - rechts – doppelseitig, morgens, abends, Migräne; Sonstiges:

Haare kein Problem, Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____

Augen kein Problem, Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, Glaukom, Sonstiges: _____

Ohren kein Problem, links/rechts: Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne/ Kiefer kein Problem

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Zahnfüllmaterialien O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

Nase kein Problem, Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Sonstiges: _____

Mandeln kein Problem, Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Sonstiges _____

Schilddrüse kein Problem bekannt, Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation;

Brust und Bauch

Herz/Kreislauf kein Problem, Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Sonstiges _____

Lunge kein Problem, Bronchitis, häufig Husten, Atembeschwerden, Asthma bronchiale, Sonstiges _____

Verdauung

Allgemein: kein Problem, Übelkeit, Erbrechen, Aversionen gegenüber bestimmten Speisen, Sodbrennen, Aufstoßen, Blähungen, Nahrungsunverträglichkeiten, Sonstiges _____

Leber kein Problem, Entzündung – Hepatitis, Sonstiges _____

Galle kein Problem, Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen kein Problem, Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Darm kein Problem, Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Entzündungen, Blähungen, Reizdarm – Geruch: _____, Sonstiges: _____

Sonstiges zu Verdauungsorganen _____

Stuhlgang täglich, täglich mehrfach, jeden 2./3./4./.... Tag, unregelmäßig, riecht nach _____

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, Spuren von Blut, Schleim, Sonstiges: _____

Bewegungsapparat

Rheumatische Beschwerden keine, folgende Beschwerden _____

Arme/Hände kein Problem, Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Gelenkprobleme, Sonstiges: _____

Beine/Füße kein Problem, Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Gelenkprobleme, Sonstiges _____

Rücken kein Problem, Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Sonstiges _____

Haut

Haut/Nägel kein Problem, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Muttermale, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Sonstiges _____

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? X Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine O Nein

Unterleib: Geschlechtsorgane, Niere/Blase Gynäkologie kein Problem, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Geschlechtskrankheiten, Sonstiges _____

Schwangerschaften/Geburten keine; Anzahl: _____

Regelblutung regelmäßig, unregelmäßig, keine mehr; wann war die erste Regelblutung _____ wann die letzte _____

Beschwerden vor - nach - während der Regel – keine; welche _____ Wechseljahres-Beschwerden – keine; welche _____

Verwenden Sie Verhütungsmittel? Ja O nein O ggf. welche _____ Niere/Blase kein Problem, Nierensteine, Entzündungen - häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach _____ Farbe _____

Sexualität kein Problem, zufrieden stellend, vermindert, verstärkt, unbefriedigend, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, Sonstiges: _____

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte nebenstehend kennzeichnen

Keine Schmerzen

Kreuz - punktförmiger Schmerz

Linie - unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

schwach mittel sehr stark



Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____, Wetterlage, Sonstiges: _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
Sonstiges: _____

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Schweißbildung, Schwindel, Seh- oder Hörstörungen, Berührungsempfindlichkeit, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Bewegungseinschränkung, Sonstiges: _____

Bisherige Schmerzbehandlung: _____

Seelisches Befinden

Gab es in jüngerer oder weiterer Vergangenheit Situationen, die sie seelisch belastet haben und/oder die Sie aktuell belasten? Nein, keine. Wenn ja, welche? _____

Allgemeines Mein aktuelles Körpergewicht _____ Meine Körpergröße _____

Meine Blutgruppe _____ Mein Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Rauchen Sie? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft? _____

Schlaf kein Problem, Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schnarchen
Sonstiges: _____

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Chronologie der Krankengeschichte

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

Sonstiges

Soziales Umfeld

Beruflicher Werdegang

Derzeitige Tätigkeit

Arbeitsunfähig seit _____ **Rente:** _____

Besondere berufliche Einflüsse: Schadstoffe, Hitze, Staub, Lärm, Stressbelastung, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Sonstiges: _____

Hobby / Bevorzugte Freizeitbeschäftigung _____

Häusliche Verhältnisse: allein lebend, mit Ehepartner/Lebenspartner, mit Kindern, mit Enkeln, Wohnung, Haus, Sonstiges: _____