

Anamnese – Fragebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Beruf _____

E-Mail _____ Telefon privat _____

Telefon berufl. _____ Telefon mobil _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Familienstand _____ Kinder _____

Körpergröße _____ Gewicht _____

Blutgruppe (falls bekannt) _____

Wer hat mich empfohlen? _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe / Post

Zusatzversicherung, bei _____ Privat-Versicherung, bei _____

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. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Diese umfangreiche Befragung dient Ihrer Gesundheit.

Beschwerden

Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit: _____

2. _____ seit: _____

3. _____ seit: _____

4. _____ seit: _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits unternommen?



Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operation

Hautausschläge Medikamente andere: _____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Auch nicht verschreibungspflichtige. Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?

ja nein

Schlafen Sie schlecht, leiden Sie unter Nachtschweiß?

ja nein

Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?

ja nein

Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?

nein ja wann? _____ wie lange? _____ wo? _____

Was ist Ihr Wunsch bzw. Erwartungen an mich, was ist Ihr Ziel?

Krankheitsgeschichte

Chronologie der Krankengeschichte

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

Bringen Sie bitte Krankenberichte, Laborberichte usw. falls vorhanden mit.

1. seit: _____

2. seit: _____

3. seit: _____

4. seit: _____

5. seit: _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken Scharlach
 Tetanus Malaria Salmonellen Ruhr Tuberkulose Kinderlähmung (Polio)
 Pfeiffersches Drüsenfieber Gonorrhöe (Tripper) Syphilis Tropenkrankheiten
 Andere: _____

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja nein

Haben Sie Narben von Operationen oder Verletzungen?

- ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine nein

Leiden Sie oft an Erkältungskrankheiten?

- ja nein

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie Herzkrankheiten
 Schlaganfall Gefäßkrankheiten Asthma Zuckerkrankheit Rheumatismus
 Steinkrankheiten Gicht Depressionen Multiple Sklerose Allergien
 Schuppenflechte Neurodermitis Migräne Suizid Geschlechtskrankheiten
 Andere Krankheiten: _____

Welche **Allergien** liegen vor?

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub Pollen Milben Metalle
 Penicillin Lidocain Procain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
 Sonstige Allergien

Nahrungsmittel

Trinken Sie **Alkohol**?

- nein ja selten regelmäßig häufig

Was trinken Sie _____

Rauchen Sie?

Was? _____ Wieviel: _____ Seit wann? _____

Mein **beruflicher Stressfaktor** ist

- niedrig mittel hoch



Mein **privater Stressfaktor** ist

niedrig mittel hoch

Impfungen

Welche (Auffrisch-) Impfungen haben Sie bekommen?

Tuberkulose (BCG) Röteln Masern Mumps Diphtherie

Keuchhusten Tetanus Hepatitis Cholera Gelbfieber

Pocken Grippe Zecken HIB Polio (Kinderlähmung)

andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Unruhe Verhaltensveränderungen

Schlaflosigkeit andere: _____

Emotionales

Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein

Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle)? ja nein

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein

Haben Sie Ängste und Schuldgefühle? ja nein

Leiden Sie unter Konflikten? ja nein

Fühlen Sie sich häufig einsam? ja nein

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden? ja nein

Haben Sie Sorgen oder Schwierigkeiten? ja nein

Meinen Sie, in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt zu haben? ja nein

Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft? ja nein

Frieren Sie schnell? ja nein

kalte Hände kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut gut mäßig schlecht

Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin? ja nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

sehr gut gut mäßig schlecht

Sind Sie glücklich? ja nein

Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt?

durch Lärm/Staub/Rauch/Abgase Schichtarbeit

andere: _____

Ernährung

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Kuchen

Eier Zucker Zuckerersatzstoffe Nüsse

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

süß sauer pikant bitter salzig scharf

Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Abneigung gegen:

süß sauer pikant bitter salzig scharf

Fleisch Eier Fett Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein

wenn ja, welche: _____

Treiben Sie Sport ja nein

Wenn ja welche Sportart/ en: _____

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

ja nein



Schlafverhalten

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf Zähneknirschen

Unruhe in den Beinen heiße Füße Nachtschweiß

Lebhaftige Träume Schwierigkeiten beim Einschlafen

häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____

häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlaf­lage

Bauch Rücken links rechts

sitzend kniend zusammengerollt

Schlafzeit

Übliches Zubettgehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

häufig selten nie

wenn ja, wo und wann:

Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptregion

halbseitig links halbseitig rechts doppel­seitig

wandernd von links nach rechts wandernd von rechts nach links

morgens abends

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Haare

Haarausfall kreisrunder vereinzelter seit wann _____

Augen

kurzsichtig weitsichtig Brille seit: _____

Bindehautentzündung Grauer Star Macula-Degeneration

sonstige Beschwerden: _____

Ohren

- Schmerzen links Schmerzen rechts beidseitig
 schwerhörig Ohrgeräusche/Tinnitus Ohrendruck
 Mittelohrentzündung sonstige Beschwerden: _____

Zähne / Kiefer

- häufige Zahnarztbesuche Beschwerden an den Zähnen tote Zähne
 wurzelbehandelte Zähne erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
Empfindliche Zähne auf: heiß kalt
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein
Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan
 Kunststoff Keramik Palladium

Nase

- Operationen Heuschnupfen Nase verstopft
 behinderte Nasenatmung häufige Nasennebenhöhlenentzündungen
 Allergien auf: _____
Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln

- Operation häufige Mandelentzündungen als Kind heute

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust – Bauch

- Brustdrüse Beschwerden Operation
Herz Beschwerden Stechen Druckgefühl
 Infarkt Beklemmung Rhythmusstörungen
Lunge Bronchitis häufig Husten Atemnot
 Lungenentzündung Lungenemphysem
Leber Entzündung Hepatitis
Galle Steine Koliken Druck im Oberbauch
 Operation Fettunverträglichkeit
Magen Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit

Nahrungsmittelallergien

Darm Infektionen Hämorrhoiden Blinddarmoperationen

Blähungen, Geruch nach: _____

Stuhlgang täglich jeden 2.3.4. Tag unregelmäßig

riecht nach _____

häufig Verstopfung Neigung zum Durchfall

Konsistenz: schnittfest hell dunkel

übel riechend hart knollig

weich schmierig pastenartig

kann Stuhl nicht halten Stuhlgang wechselhaft Gefühl, nicht fertig zu werden

Nieren/Blase Nierensteine Entzündungen häufig

Harn viel wenig häufig

Rücken – Arme – Beine - Haut

Rücken Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Schmerzen Hexenschuss Ischias Skoliose

Arme Verletzungen Schmerzen Tennisellenbogen

Kribbeln kalte Hände

Beine Verletzungen Schmerzen Krampfadern Operationen

kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl

Haut/Nägel Verbrennungen Narben Geschwüre Hautjucken Ausschläge Ekzeme

Wenn ja wo ? _____

Warzen Pilze eingewachsene Nägel

Nagelbettentzündungen starke Wölbung (Uhrglasnägel)

rundliche Auftreibungen der Fingerendglieder (Trommelschlegelfinger)

Allergien auf: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

