



ANAMNESEBOGEN

Datum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus und nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür. Bei den Angaben sind auch Unfälle oder Operationen von Bedeutung, die bereits lange zurückliegen, z.B. in der Kindheit. Auf Sie zutreffende Beschwerden können Sie ankreuzen, falls diese nicht genannt werden, können Sie Ihre Symptome auch darunter aufschreiben.

Bringen Sie diesen Anamnesebogen bitte ausgedruckt zur ersten Behandlung und Befundaufnahme mit. Falls Sie Röntgenaufnahmen, Laborbefunde oder andere radiologische Aufnahmen haben, wäre es hilfreich, wenn Sie diese zur ersten Sitzung mitbringen könnten.

Allgemeine Angaben:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Größe:	<input type="text"/>
Gewicht:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	in Lebens- gemeinschaft <input type="checkbox"/>
verwitwet <input type="checkbox"/>			
Sportliche Aktivitäten:	<input type="text"/>		

Mein Hauptanliegen bzw. meine aktuellen Beschwerden

Was genau:

akut

chronisch

Seit wann?

Wie oft?

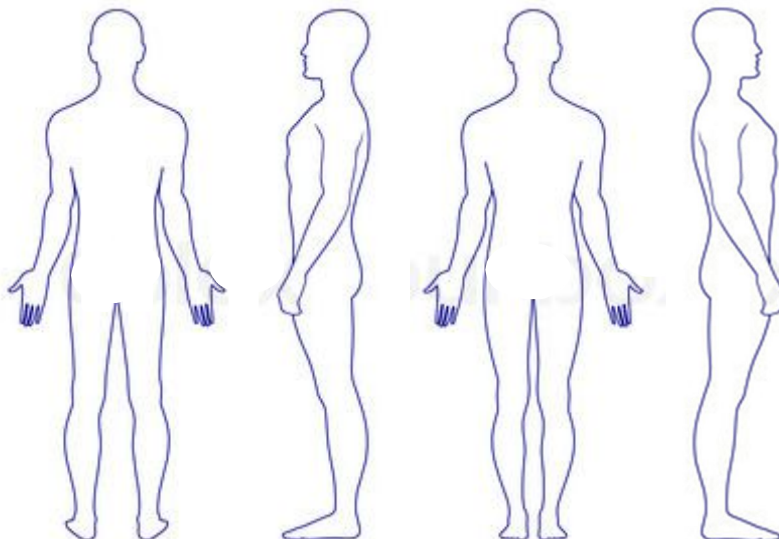
Wodurch
ausgelöst?

Wie stark ist der Schmerz? (0 = kein Schmerz; 10 = sehr starker Schmerz)

0 **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**

stechend ziehend brennend drückend sonstiges

Strahlt der Schmerz aus? (Bitte einzeichnen)



Gibt es weitere Beschwerden?

1)

Wie stark ist der Schmerz? (0 = kein Schmerz; 10 = sehr starker Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2)

Wie stark ist der Schmerz? (0 = kein Schmerz; 10 = sehr starker Schmerz)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie?

Medikament	morgens	mittags	abends

Welche Operationen und Unfälle hatten Sie?

Operation / Unfall	Monat / Jahr

Welche Vorerkrankungen / Symptome sind bekannt?

Herz / Kreislauf	Seit wann?	Lunge	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Asthma	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Angina pectoris	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Welche:	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Herzschwäche / -insuffizienz	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<div style="background-color: #cccccc; height: 15px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	

Verdauung	Seit wann?	Kopf	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Divertikel	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tinnitus / Hörsturz	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kiefergeräusche / -schmerzen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Zahnbehandlungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verstopfung / Durchfall	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Schmerzen nach dem Essen	<input type="text"/>	Urogenital	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Schmerzen bei leerem Magen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ I	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Blasenentzündung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ II	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen	<input type="text"/>
Bewegungsapparat	Seit wann?	Sonstiges	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nervenleiden	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hexenschuss	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="text"/>

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Risikoverhalten

Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> früher	Art/Menge	<input type="text"/>
Nikotin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> früher	Menge	<input type="text"/>
Drogen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> früher	Art/Menge	<input type="text"/>

Wie ernähren Sie sich?

- vegetarisch
- viel Süßes
- unregelmäßiges Essen
- vegan
- Frustessen
- Sonstiges:

Wie viel trinken Sie und was?

Mangelnde Erholung nein Ja, warum?

Bewegungsmangel Nein Ja, warum?

Stresssituationen Nein Ja, warum?

Für Männer (Männerheilkunde):

Potenzstörung

Prostatabeschwerden

Für Frauen (Frauenheilkunde):

Periode

- schmerzhaft selten unregelmäßig Übermäßige Blutung Spärliche Blutung

Menopause nein Ja, seit wann?

Wechseljahresbeschwerden nein Ja, welche?

Nehmen Sie die Pille / Hormone? nein Ja, welche?

Für Frauen mit Kindern:

Geburtsjahr	Komplikationen während der Schwangerschaft	Geburt
1. Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Junge	Welche?	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> PDA
Alter		<input type="checkbox"/> Zange
		<input type="checkbox"/> Saugglocke
		<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
2. Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Junge	Welche?	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> PDA
Alter		<input type="checkbox"/> Zange
		<input type="checkbox"/> Saugglocke
		<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
3. Kind	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Junge	Welche?	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> PDA
Alter		<input type="checkbox"/> Zange
		<input type="checkbox"/> Saugglocke
		<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt

Selbstverständlich sind diese Angaben vertraulich. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!