

ANAMNESEBOGEN

Angaben zu Ihrer Person

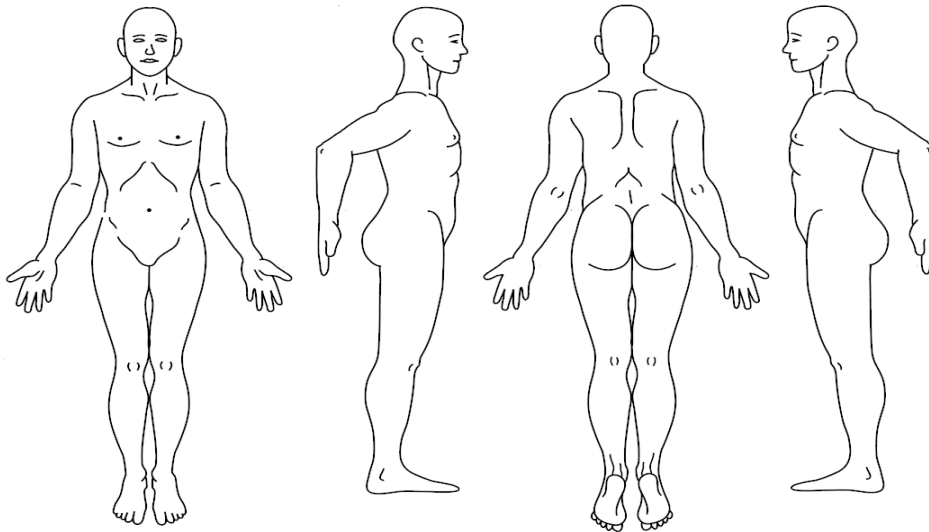
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Familienstand:	Beruf:
Hobbys:	
Körpergröße:	Körpergewicht:

Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden, wegen der Sie die Praxis aufsuchen:

Was? (freie Schilderung)

Seit wann? (Beginn, Entwicklung im Tagesverlauf, bestimmte Tageszeiten)

Wo? (Lokalisation – bitte auch einzeichnen)



Wie? (Schmerzen, z.B. dumpf, stechend, ausstrahlend; Schmerzintensität von 1 = leicht bis 10 = heftigster Schmerz)

Wodurch? (auslösende Faktoren)

Bisherige Therapien? Erfolge?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Hatten Sie Unfälle, Operationen oder Verletzungen? Wann? Welche?

Treten zusätzliche Symptome auf (bitte einkreisen)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Koordinationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Ohrensausen | <input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Ungewollter Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

Leiden Sie unter einer/ mehrerer der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen und unten genauer ausführen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gefäßkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen | <input type="checkbox"/> Entzündungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Sind Erkrankungen an den folgenden Organen bekannt? Wenn ja, welche?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn/ Nervensystem | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Leber/Galle | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Milz/ Lymphsystem |
| <input type="checkbox"/> Blase/ Harn- & Genitalsystem | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen |

Haben Sie Beschwerden bzw. Probleme mit? (Frequenz, Farb- & Konsistenzveränderungen, Häufigkeit)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Nervöser Magen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen | <input type="checkbox"/> Abneigung ggü. bestimmten Nahrungsmitteln | |

Haben Sie eines/ mehrerer dieser Symptome bei Ihnen bemerkt?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Leistungsschwäche | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsänderungen | <input type="checkbox"/> Interessensverlust | <input type="checkbox"/> Sorgen |
| <input type="checkbox"/> Probleme am Arbeitsplatz | | <input type="checkbox"/> Probleme mit der Familie/ Freunden | |

Welche Krankheiten traten in der Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) gehäuft auf?

Essensgewohnheiten

- Diät aktuell: Ja Nein
- Ernährungsform Alles Vegetarisch Vegan Sonstiges

Trinkgewohnheiten

- Tägliche Trinkmenge:
Alkohol: Ja Nein
Welche Sorte:

Nur von Frauen auszufüllen

Leiden Sie unter Beschwerden während der Regelblutung? Wenn ja, wie häufig und wie stark sind die Beschwerden?

Schmerzen (ja / nein): _____

Unregelm. Blutungen (ja / nein): _____

Sonstiges (ja / nein): _____

Leiden Sie unter Beschwerden in der Menopause? Wenn ja,

Seit wann?: _____

Wie häufig?: _____

Wie stark?: _____

Gab es Operationen im Unterleibsbereich (Gebärmutterentfernung, Kaiserschnitt, Zysten)? Wenn ja, wann? Gab es Komplikationen?

Wenn Sie Kinder haben, wie war die Geburt?

<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> PDA	<input type="checkbox"/> Zangengeburt
<input type="checkbox"/> Steißlage	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	

Hatten Sie Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt?