

# 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 uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## **Versicherung:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Gesetzlich (AOK, DAK usw.)    | <input type="radio"/> Beihilfe / Post                |
| <input type="radio"/> Zusatzversicherung, bei _____ | <input type="radio"/> 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?

*O sehr gut      O gut      O mäßig      O schlecht      O sehr schlecht*

### Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

*O eine Erkrankung      O Kummer      O Trauer      O Schreck      O Operation*  
*O Hautausschläge      O Medikamente      O 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?

*O ja      O nein*

### Schlafen Sie schlecht, leiden Sie unter Nachtschweiß?

*O ja      O nein*

### Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?

*O ja      O nein*

### Waren Sie im letzten halben Jahr im Ausland?

*O nein      O ja      wann? \_\_\_\_\_ wie lange? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_*

### Was ist Ihr Wunsch bzw. Erwartungen an uns, 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 O HIB     Polio (Kinderlähmung)

andere: \_\_\_\_\_

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber     Krämpfe     Unruhe     Verhaltensveränderungen

Schlaflosigkeit     andere: \_\_\_\_\_

## Emotionales

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Sind Sie berührungsempfindlich?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Halten Sie enge Räume aus (z.B. Fahrstühle)?                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie müde und erschöpft?                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Ängste und Schuldgefühle?                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Konflikten?                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fühlen Sie sich häufig einsam?                              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit unzufrieden?       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Sorgen oder Schwierigkeiten?                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Meinen Sie, in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt zu haben? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft?                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport?                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie leicht?                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schwitzen Sie nachts?                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

An welchem Körperteil: \_\_\_\_\_

- Frieren Sie schnell?**
- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> ja          | <input type="radio"/> nein       |
| <input type="radio"/> kalte Hände | <input type="radio"/> 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?**

- |                                     |                                   |   |                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Milchprodukte | <input type="radio"/> Süßigkeiten | <input type="radio"/> Weißmehlprodukte    | <input type="radio"/> Kuchen |
| <input type="radio"/> Eier          | <input type="radio"/> Zucker      | <input type="radio"/> Zuckersersatzstoffe | <input type="radio"/> Nüsse  |

**Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?**

\_\_\_\_\_

**Verlangen nach:**

- |                               |                             |                              |                               |                               |                              |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> süß     | <input type="radio"/> sauer | <input type="radio"/> pikant | <input type="radio"/> bitter  | <input type="radio"/> salzig  | <input type="radio"/> scharf |
| <input type="radio"/> Fleisch | <input type="radio"/> Eier  | <input type="radio"/> Obst   | <input type="radio"/> Nikotin | <input type="radio"/> Alkohol |                              |

### Abneigung gegen:

süß       sauer       pikant       bitter       salzig       scharf  
 Fleisch       Eier       Fett       Alkohol

### Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja       nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### Wurden Sie gestillt?

ja       nein

### War Ihre Geburt eine natürliche?

ja       nein

### Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer 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: \_\_\_\_\_



**Nieren/Blase**      *O Nierensteine*      *O Entzündungen*      *O häufig*

**Harn**      *O viel*      *O wenig*      *O häufig*

### Rücken – Arme – Beine - Haut

**Rücken**      *O Beweglichkeit*      *O Verspannungen*      *O Belastungen*      *O Rheuma*  
                   *O Schmerzen*      *O Hexenschuss*      *O Ischias*      *O Skoliose*

**Arme**      *O Verletzungen*      *O Schmerzen*      *O Tennisellenbogen*  
                   *O Kribbeln*      *O kalte Hände*

**Beine**      *O Verletzungen*      *O Schmerzen*      *O Krampfadern*      *O Operationen*  
                   *O kalte Füße*      *O Kribbeln*      *O Taubheitsgefühl*

**Haut/Nägel**      *O Verbrennungen*      *O Narben*      *O Geschwüre*      *O Hautjucken*  
                   *O Warzen*      *O Pilze*      *O eingewachsene Nägel*  
                   *O Nagelbettentzündungen*      *O starke Wölbung (Uhrglasnägel)*  
                   *O rundliche Auftreibungen der Fingerendglieder (Trommelschlegelfinger)*  
                   *O Allergien auf:* \_\_\_\_\_

### Gynäkologischer / Urologischer Bereich

#### Gynäkologie

*Ausfluss:*      *O keinen*      *O stark*      *O weiß*      *O gelb*      *O wundmachend*  
*O Schmerzen*      *O Ausschabungen*      *O Eierstockentzündungen*      *O Tumore*  
*O Zysten*      *O Myome*      *O Geschlechtskrankheiten*      *O Fehlgeburten*

*O Geburten/wie viele:* \_\_\_\_\_

#### Menses/Periode

*Wann war die erste Menses/Periode?* \_\_\_\_\_      *Wann die letzte?* \_\_\_\_\_

*Beschwerden*      *O vor*      *O nach*      *O während der Regel*  
                   *welche* \_\_\_\_\_

*Blutungen sind*      *O hell*      *O dunkel*      *O klumpig*      *O braun*  
                   *O regelmäßig*      *O unregelmäßig*

**Klimatorische Beschwerden** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Verhütungsmittel?**      *O nein*      *O ja*      *welche:* \_\_\_\_\_

#### Prostata

*O vergrößert*      *O Entzündungen gehabt*      *O Entzündungen aktuell*  
*O Beschwerden beim Wasserlassen*      *O Geschlechtskrankheiten*

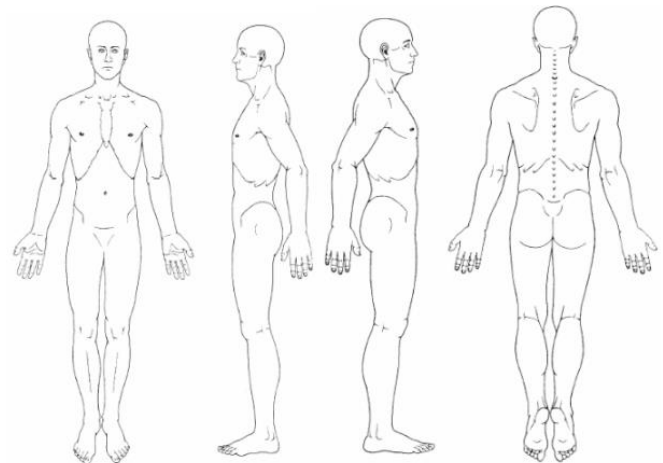
#### Sexualität

*O vermindert*      *O verstärkt*      *O unbefriedigt*      *O Beschwerden beim Geschlechtsverkehr*

## Schmerzfragen

**Wo treten Schmerzen auf?** (bitte ankreuzen)

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 Schmerzen?**

\_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie Schmerzen?**

*O immer*      *O mehrmals am Tag*      *O alle paar Tage*      *O wöchentlich*      *O seltener*

**Wie ist das Schmerzempfinden?**

*O ziehend*      *O brennend*      *O stechend*      *O klopfend*      *O drückend*      *O krabbelnd*  
*O reißend*      *O kolikartig*      *O krampfend*      *O dumpf*      *O beengend*      *O bohrend*

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

*O körperliche Belastung*      *O Gehen*      *O Sitzen*      *O längeres Stehen*      *O Stress*  
*O Kälte*      *O Wärme*      *O Nahrungsmittel*      *O Husten*      *O Niesen*  
*O Wetterlage*      *O Monatsblutung*  
*O Tageszeit* \_\_\_\_\_ *O Sonstiges* \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?**

*O Ruhe*      *O Schlaf*      *O Bewegung*      *O Kälte*      *O Wärme*      *O Sport*  
*O Urlaub*      *O Schmerzmittel*

**Andere Symptome zum Schmerz**

*O Hautrötung*      *O Blässe*      *O Schwellung*      *O Berührungsempfindlichkeit*  
*O Schweißbildung*      *O Müdigkeit*      *O Schwindel*      *O Muskelschwäche*  
*O Gangunsicherheit*      *O Seh- oder Hörstörungen*      *O Bewegungseinschränkung*

*O Sonstiges* \_\_\_\_\_

**Schmerzbehandlung bisher, wie?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**