

Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____
Vorname _____ tel. privat _____
Straße _____ tel. berufl. _____
PLZ Ort _____ fax _____
Beruf _____ mobil _____
Familienstand/ Kinder _____ e-mail _____

Versicherung [] gesetzlich [] privat [] Beihilfe/Post

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Anleitung

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Bei den Beispielen genügt es, das Zutreffende zu unterstreichen; ansonsten einfach in den Leerräumen stichwortartige Notizen hinzufügen.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

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

Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Sorgen um oder Auseinandersetzung mit Angehörigen/ Partner/in, Ereignisse wie Unfall u.s.w.

Gab es Auslandsaufenthalte?

Wenn ja, wo und wie lange? Vorherige Impfungen?

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Groß- u. Urgroßeltern, Geschwister:

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

Welche Impfungen haben Sie erhalten? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, u.s.w.

Gab es Reaktionen auf die Impfung?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, u.s.w.

Gibt es Allergien?

Pollen / wann?

Nahrungsmittel

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,

häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptsregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindhautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula Degeneration u.s.w

Ohren links/ rechts.....Tinnitus seit.....Schwerhörigkeit seit..... andere:.....

Zähne/ Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operationen, häufig Mandelentzündungen als Kind heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation,

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

Leber Entzündung, Hepatitis,

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

Magen Völlegefühl, Schmerzen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien.....

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähung - Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2.,3.,4. Tag, unregelmäßig, riecht nach Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, Konsistenz: 'schnittfest'. Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollenartig, pastenartig, weich, schmierig, kann Stuhl kaum/nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, u.s.w.....

Rücken - Arme - Beine - Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellbogen, Kribbeln, kalte Hände u.s.w.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma, Schmerzen
- Haut/ Nägel** Verbrennungen (auch früher), Hautjucken, Warzen, Pilz, eingewachsene Nägel, Entzündungen
- Narben** Haben Sie Verletzungs- oder operationsbedingte Narben ?
 Ja - unbedingt beim Besuch zeigen! - auch Kleine
 Nein

Unterleib - Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstocksentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome,
- Menses** Wann war die erste Mens....., wann die letzte.....
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche.....
Klimakterische Beschwerden.....
- Nehmen Sie Verhütungsmittel ? Welche?**.....
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/ Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

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?**
- Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit** Übliches zu Bett gehen Übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen

- Kreuz punktförmiger Schmerz
- Linie unklare Schmerzlokalisation
- 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, kolikartig, stechend, dumpf, klopfend, drückend, bohrend, krampfartig, beengend, anders:.....

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit....., Wetter, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
 Sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte. Erfassen Sie bitte alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.

