

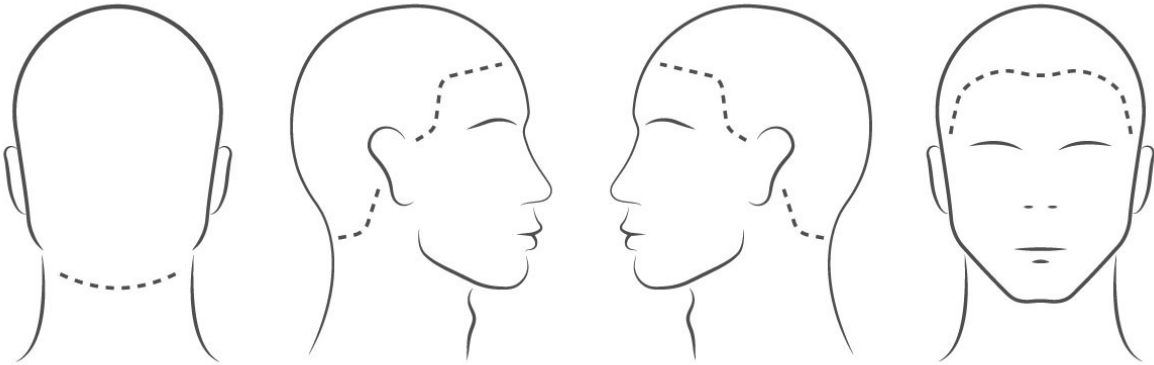
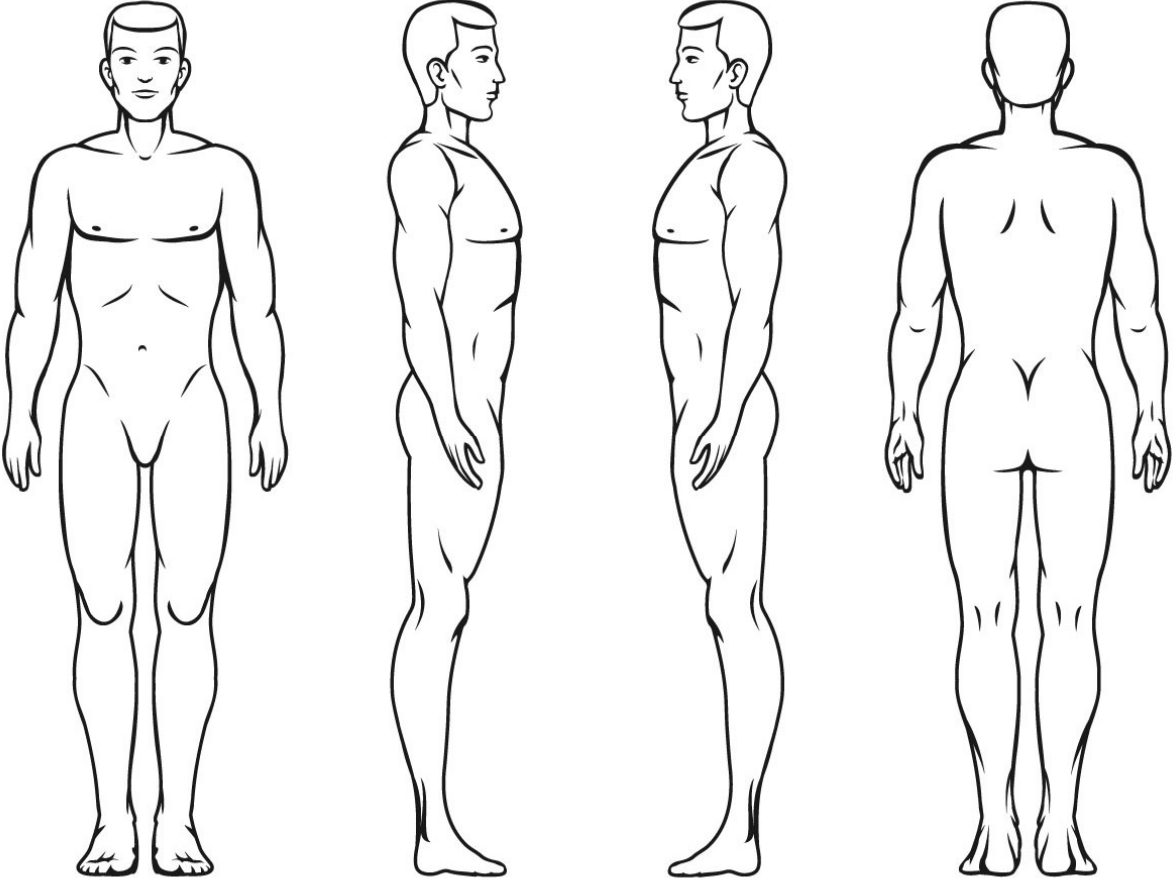
Anamnesebogen

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon: Familienstand:
Beruf: Kinder:
Körpergröße: Körpergewicht:
Hausarzt/Facharzt/Therapeut:
Grund des Besuches:

Akute Beschwerden:

Seit wann haben Sie Schmerzen/Beschwerden?
Wo schmerzt es? Ausstrahlung?
Wie oft haben Sie Schmerzen/Beschwerden?
Gab es ein auslösendes Ereignis?
Bisherige Behandlung?
Wann treten die Schmerzen/Beschwerden auf? (bitte ankreuzen/unterstreichen)
 Tag / Nacht
 Ruhe / Belastung
Was verschlimmert die Beschwerden? (z.B. Stress, Kälte, Tageszeit, Husten usw.)
.....
Was lindert die Beschwerden? (z.B. Ruhe, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel)
.....
Gibt es Begleiterscheinungen/Begleitsymptome? (z.B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel,
Gangunsicherheit, Schweißbildung)
.....
Wie fühlen Sie den Schmerz? (z.B. ziehend, dumpf, krampfartig, kolikartig, stechend,
klopfend, drückend)
.....

Bitte kreuzen Sie in den Abbildungen an, wo sich Schmerzen haben und tragen mit der Zahl (von 1 bis 10) dahinter ein, in welcher Intensität (1 = leichter Schmerz, 10 = starke Schmerzen). Narben mit einem roten Stift kennzeichnen!



Herz- und Kreislaufsystem

- Blutdruck hoch/niedrig
- Schwindel
- Herzinfarkt
- Krampfadern
- Brustschmerzen / Beklemmung
- Herzrhythmusstörungen/Herzklopfen
- Schlaganfall
- Gefäßerkrankungen
- Flüssigkeitseinlagerungen
- Arteriosklerose

Atmungsorgane

- Chronischer Husten
- Asthma bronchiale
- Kurzatmigkeit
- Atemnot
- Chronische Erkältung
- Tuberkulose

Urogenitalsystem

- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Beckenbodenschwäche
- Nierenstein
- Harninkontinenz
- Harnverhalt
- Häufiger Harndrang
- Nierenentzündung

Gynäkologie

- Menopause
- Schmerzhaftige Periode
- Hitzewallungen
- Unregelmäßige Periode
- Brustschmerzen
- Prämenstruelles Syndrom

Haut

- Ekzem/Schuppenflechte
- Haarausfall
- Neurodermitis
- Blaue Flecken

Neurologische/Psychologische Erkrankungen

- Anfallsleiden
- Sensibilitätsausfälle
- Vergesslichkeit
- Nervosität
- Wahrnehmungsstörung
- Tremor
- Konzentrationsstörungen
- Traurigkeit/Depression
- Angststörung
- Verhaltensstörung

Augen

- Kurz-/Weitsichtigkeit
- Erhöhter Augendruck
- Grauer Star
- Makuladegeneration

Ohren

- Tinnitus li / re
- Schwerhörigkeit li / re

Zähne

- Zahnersatz
- Kiefergelenksprobleme
- Wurzelbehandlungen
- Zahnentzündungen

Schlaf

- Schlaflosigkeit
- Einschlafstörungen
- Nachtschweiß
- Häufiges Erwachen
- Zähneknirschen
- Häufige Albträume

Allergien:

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

- Nein
- Ja, welche:

Familienanamnese:

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depression, Neurodermitis)

Mutter:

Vater:

Großeltern:

Kinder:

Geschwister:

Ernährung, Lebensstil:

Werden Sie nachts wach? (wenn ja, wann, weshalb)

- Nein
- Ja

Rauchen Sie? (wenn ja, wieviel)

- Nein
- Ja

Trinken Sie Alkohol? (wenn ja, was, wie oft)

- Nein
- Ja

Haben Sie Appetit auf Süßes? (Heißhunger)

- Nein
- Ja

Wie ernähren Sie sich? (vegan, vegetarisch, Mischkost)

.....

Sportliche Aktivitäten? (welche, wie oft)

.....

.....

Wie ist Ihr Stuhlgang? (regelmäßig/unregelmäßig, Konsistenz, wie oft)

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bezeichnung, ggf. Einnahmeplan)

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/Naturstoffe/Sonstiges ein? (Bezeichnung, wie oft)

.....

.....

.....

.....

Ergänzungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)