

Anamnese-Fragebogen:

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße: _____ Tel. Beruf: _____

PLZ-Ort: _____ Fax: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Wer hat mich empfohlen? _____ Familienstand/Kinder: _____

Versicherung: Gesetzlich (z.B. AOK, DAK) Beihilfe/Post Privat

Versichert mit: _____

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es anzukreuzen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens und bringen Sie ihn bei Ihrem ersten Besuch bei mir mit.

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

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, 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 Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gibt es Impfreaktionen? z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

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

Gibt es Allergien?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Pollen, wann: _____

Nahrungsmittel, welche und seit wann: _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein

Falls ja, häufig selten Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion morgens abends
 halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Haare: Haarausfall kreisrund vereinzelt seit wann: _____

Augen: Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig Grauer Star
 Macula- Degeneration usw.

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: Operation Nasennebenhöhlen eingeschränkte Nasenatmung Nase verstopft

Mandeln: Operation häufige Mandelentzündung als Kind heute

Schilddrüse: Operation Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung

Brust und Bauch

Herz: Beschwerden Stechen Druckgefühl Infarkt Beklemmung Rythmusstörung

Lunge: Entzündung Hepatitis

Galle: Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Magen: Völlgefühl Gastritis Appetitlosigkeit Nahrungsmittelallergien:

Stuhlgang:

täglich jeden zweiten Tag unregelmäßig

Riecht nach: _____

Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall wechselhaft

Stuhl: hell dunkel hart knollig weich schmierig pastenartig

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme: Verletzungen Schmerzen Tennisarm Kribblen kalte Hände

Beine: Verletzungen Schmerzen Krampfadern Operationen kalte Füße
 Kribbeln Taubheitsgefühl

Rücken: Beweglichkeit Verspannungen Belastungen Rheuma

Haut/Nägel: Verbrennungen Geschwüre Hautjucken Warzen Pilze
 eingewachsene Nägel Nagelbettentzündungen

Narben, haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? ja nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie: Ausfluss, Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten Tumore
 Zysten Myome Geschlechtskrankheiten

Menses: Wann war die erste Monatsblutung _____ Wann die letzte? _____

Beschwerden vor oder nach der Monatsblutung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Prostata: vergrößert Entzündungen gehabt, aktuell Beschwerden beim urinieren

Nieren/Blase: Nierensteine Entzündung(en)

Harn: viel häufig wenig inkontinent

Harngeruch: _____

Sexualität: vermindert verstärkt Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Sonstiges: _____

Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht: _____ Ihre Körpergröße: _____

Ihre Blutgruppe: _____ Ihr Blutdruck: _____

Trinken Sie Alkohol? _____ Rauchen Sie? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinie, welche? _____

Wie viel Liter (und was) trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

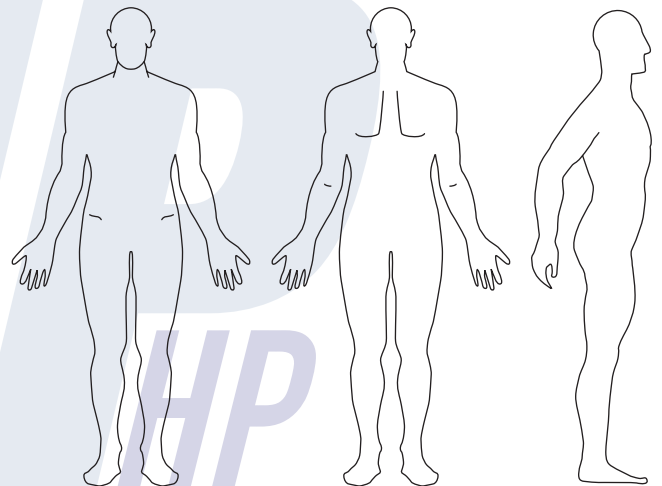
Schlafen: Schlaflosigkeit häufiges Erwachen (Uhrzeit _____) Schwierigkeiten beim Einschlafen
 Sprechen im Schlaf Unruhe in den Beinen Nachtschweiß heiße Füße Zähneknirschen

Schlafzeit: Übliches zu Bett gehen _____ Übliches Aufstehen _____

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Kreuz – punktförmiger Schmerz
Linie – unklare Schmerzlokation
Pfeil – ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach sehr stark

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie Schmerzen? Immer mehrmals täglich alle paar Tage wöchentlich selten

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend brennend stechend klopfend drückend
 krabbelnd reissend kolikartig krampfend dumpf beengend bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? körperliche Belastung längeres Stehen Sitzen Gehen
 Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten Niesen Tageszeit _____
 Wetterlage Monatsblutung

Sonstiges: _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe Schlaf Bewegung Kälte Wärme
 Sport Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung Blässe Schwellung berührungsempfindlich
 Schweißbildung Seh- oder Hörstörungen Gangunsicherheit Muskelschwäche
 Müdigkeit Schwindel Bewegungseinschränkung

Sonstiges: _____

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben

Chronologische Krankengeschichte. Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen die Sie durchgemacht haben.

Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Hildegard Peter
Schillerstraße 18
72202 Nagold
07452 970161

