

Anamnese-Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Job _____

PLZ/Ort _____ FAX _____

Beruf _____ e-mail _____

Empfehlung durch _____ Familienstand/Kinder _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister:

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

Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

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

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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 usw.

Haben Sie Allergien?

Pollen/wann?

Lebensmittel

sonstige

Kopf ____

Kopfschmerzen häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig.

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

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star

Ohren links / rechts Tinnitus seit....., Schwerhörigkeit seit.....

Zähne/Kiefer Wurde Amalgam entfernt? q ja q nein

Wurde eine Amalgamausleitung gemacht q ja q nein

Füllungen q Amalgam q Kunststoff q Gold q Keramik

Nase Operation, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung

Mandeln Operation, häufige 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, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz.....

Rücken – Arme – Beine – Haut ____

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben q nein

q ja / wo

Unterleib – Gynäkologie ____

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore,
Fehlgeburten, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten

Verhütungsmittel welches.....

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden

Prostata vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Allgemeines ____

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

Treiben Sie Sport? ja / Sportart.....

Ja / nein

Körpergewicht **Körpergröße**

Blutgruppe **Blutdruck**

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit von bis

Ernährung ____

Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Trinken Wie viel trinken Sie pro Tag? Liter

Was trinken Sie?

Meine Ernährungsgewohnheiten

Morgens

Mittags

Abends

Nachts

Medikamente_____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel mitbringen.

Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.