

Anamnese-Fragebogen

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen den Fragebogen vollständig auszufüllen. Zutreffendes bitte unterstreichen/ankreuzen, oder ergänzen. Bitte bringen Sie diesen zum ersten Termin mit. Danke.

Name:	Vorname:	
Telefon privat:	geschäftlich:	
E-Mail:	Straße:	
PLZ	Ort:	
Geburtstag:	Beruf:	
Körpergröße in cm:	Gewicht:	
Familienstand:	Kinder:	
Krankenkasse: gesetzlich <input type="checkbox"/>	privat-versichert <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/>
Blutgruppe:		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher:	Sind Sie Bluter:	
Allergien/Unverträglichkeiten, wenn ja welche:		

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu mir? Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Familienanamnese

Welche Krankheiten sind Ihnen von Eltern, Geschwistern, Großeltern bekannt

Tuberkulose, Asthma, Epilepsie, Neurodermitis, Allergien, Krebs, Diabetes, Schuppenflechte, Geschlechtskrankheiten, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Alkoholismus, Depressionen, Geisteskrankheiten, Migräne, Multiple Sklerose, Rheuma, Nieren-/Gallensteine

Anderes _____

Können Sie Ihre Beschwerden mit einem bestimmten Ereignis/Auslöser in Verbindung bringen?

- Erkrankung Medikamente Kummer Trauer Schreck
 Trauma Unfall Operation Anderes _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel ein, wenn ja, welche:

(Bitte Beipackzettel der Medikamente mitbringen)

Gab es besondere Vorkommnisse/Lebenskrisen in bestimmten Lebensphasen?

Während der Schwangerschaft _____

Als Säugling/Kindergartenkind _____

Als Schüler/ Ausbildung/Studium _____

Später _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Diphtherie Keuchhusten Kinderlähmung Masern Mumps
 Scharlach Rachitis Röteln Windpocken
 Aids Gonorrhoe (Tripper) Hepatitis A/B/C Malaria Syphilis
 Pfeif. Drüsenfieber Tropenkrankheiten Salmonellose Tuberkulose Anderes _____

Impfungen:

- Cholera Diphtherie Gelbfieber Grippe Meningokokken
 Hepatitis A/B/C HIB HPV Keuchhusten Kinderlähmung
 Tuberkulose Windpocken Anderes _____

Gab es Impfkomplikationen?

- Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit Verhaltensänderungen

Wurden Erkrankungen schon häufiger behandelt mit:

- Antibiotika Cortison

Hatten Sie eine natürliche Geburt?

- ja nein

Wurden Sie gestillt?

- ja nein

Allgemeines

Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen _____

- ja nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel/Kragen?

- ja nein

Kennen Sie Ihren Blutdruck? _____

- ja nein

Haben Sie häufig Zahnfleisch-/Nasenbluten?

- ja nein

Wie belastbar fühlen Sie sich?

- sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Was stresst Sie am meisten?

Leiden Sie unter Ängsten/Schuldgefühlen/Sorgen/Konflikten? (bitte unterstreichen)

Wie gehen Sie mit Kritik/Vorwürfen/Geringschätzung um?

- gut schlecht

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?

- ja nein

Heilen Ihre Wunden schnell?

- ja nein

Wie würden Sie sich beschreiben? _____

Was war der größte Kummer Ihres Lebens? _____

Was war die größte Freude Ihres Lebens? _____

Wohn- und Arbeitsumfeld

Beschreiben Sie Ihr Wohnumfeld:

Beschreiben Sie Ihr Arbeitsumfeld:

Hobbies:

Wohnumfeld

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Satellitenschüssel | <input type="checkbox"/> Teppichböden | <input type="checkbox"/> Fußbodenheizung |
| <input type="checkbox"/> Transformator/Dimmer | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung | <input type="checkbox"/> Bahnstrom |
| <input type="checkbox"/> Hochspannungsleitung | <input type="checkbox"/> Funkmast in der Nähe | <input type="checkbox"/> Radarstrahlung |

Schlafplatz

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> DECT-Telefon/Handy | <input type="checkbox"/> elektr. Geräte im Stand by Modus | <input type="checkbox"/> W-LAN |
| <input type="checkbox"/> eingeb. elektrischer Motor | <input type="checkbox"/> elektrische Heizdecke | <input type="checkbox"/> elektrischer Radiowecker |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett | <input type="checkbox"/> Transformatoren | <input type="checkbox"/> Babyfon |

Wie ist Ihr Schlaf?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme | <input type="checkbox"/> nächtl. Aufwachen, | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> nächtl. Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Unruhe in d. Beinen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Traumerinnerung? |

Sind Sie ausgeruht, wenn Sie morgens aufwachen_____

Schwitzen Sie leicht? ja nein**Schwitzen Sie nachts?** ja nein**Kopf:****Wann hatten Sie zum letzten Mal Fieber?** _____**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?** ja nein**Hals/Nase/Ohren**

Häufig Mandel-Mittelohr-Nasennebenhöhlenentzündung, Mandel-Operation

behinderte Nasenatmung, Tinnitus Links/Rechts, Schwerhörigkeit, seit _____

Augen Kurz-Weitsichtigkeit, grauer Star, Macula-Degeneration, anderes _____**Haare** Haarausfall, diffus, kreisrund, seit _____**Kopfschmerzen**
 häufig selten nie morgens abends
 halbseitig links/rechts doppelseitig wandernd

Auslöser _____

was verbessert _____

was verschlechtert _____

Schilddrüse Unterfunktion, Überfunktion, Vergrößerung, Operation**Zähne/Kiefergelenk**
 Kiefergelenksprobleme Zähneknirschen fehlende Zähne Zahnersatz
 wurzelbehandelte Zähne Implantat kieferorthop. Behandlung Amalgamfüllungen
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein**Zahnfüllmaterialien** Amalgam, Kunststoff, Goldlegierung, Keramik**Brust:****Herz/HKL**

Druckgefühl + Schmerz auf Herz/Brust, Herz-Rhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Infarkt, Herzmuskelentzündung, Herzschrittmacher, Herzoperation, Schwindel, Blutdruck (zu hoch/zuniedrig), Durchblutungsstörungen (arteriell/venös)

Lunge Bronchitis, häufiger Husten, Asthma**Ernährung/ Stoffwechsel/Bauch****Wie viel Liter/was trinken Sie täglich?** _____**Auf welche NM können Sie nur schwer verzichten?** _____

Essen Sie aufgrund von:

- Hunger Appetit Heißhunger Langeweile

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien

Wenn ja, welche _____

Gewichtsentwicklung

- gleichbleibend zunehmend abnehmend schwankend

Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?

- ja nein

Wie oft essen Sie?

- 3 Mahlzeiten zwischendurch kein Frühstück unregelmäßig häufige Diäten

Bevorzugen Sie warm oder kalt?

Essen:

- warm kalt

Trinken:

- warm kalt

Verdauung

- täglich jeden 2. Tag unregelmäßig nur mit Abführmitteln

Stuhlgang

Neigung zu Durchfall/Verstopfung, Stuhl kann nicht gehalten werden, Gefühl nicht fertig zu werden, hell, dunkel, hart, weich, schmierig, knollig, riecht nach _____

Beimengungen

- ja nein

Leber/Galle

Müdigkeit, durchgemachte Hepatitis, Hautjucken, Fettunverträglichkeit, Steine, Koliken, Druck im Oberbauch, Gallenoperation

Milz/Magen/Pankreas

Halux Valgus, Verlangen nach Süßem, chronische Entzündungen, Diabetes, Gastritis, Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Helicobacter pylori-Infektion, Sodbrennen

Darm

Zöliakie, Laktose/Fruktose-Unverträglichkeit, Histaminintoleranz, Mb. Crohn, Colitis Ulcerosa, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Reizdarm, Blähungen – Geruch nach _____

Bei welchen Nahrungsmitteln beobachten Sie, dass sie diese nicht vertragen**Wo können Sie sich einordnen?**

- normalgewichtig, regelm. Verdauung, leistungsfähig, ausgeglichen
 sie nehmen leicht zu, träge Verdauung, energielos/müde, kalte Hände/Füße
 unruhig/nervös, schnelle/regelm. Verdauung, trotzdem Leistungstiefs

Urogenitaltrakt/Gynäkologie**Prostata**

Vergrößert, entzündet, Beschwerden beim Wasserlassen, Geschlechtskrankheiten

Niere/Blase

Nierenseine, geschwollene Augenlider, Störungen des Knochenstoffwechsels, Probleme der Achillessehne, Entzündungen – häufig, Nieren/Blasensteine, Stirnhöhenentzündung, Störungen Kniekehle

Harn

viel wenig häufig kann nicht halten Geruch nach _____

Gynäkologie

Letzter Frauenarztbesuch _____

Zyklusbeschwerden, welche _____

Wechseljahresbeschwerden, welche _____

Tumore, Zysten (Brust/Eierstock), Myome, Fehlgeburten, Ausschabungen, Abtreibungen, Geburten, Anzahl _____, Endometriose, Hormonbehandlungen, Eierstockentzündungen, Geschlechtskrankheiten, anderes _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel, welche _____

Wann war die erste/(letzte) Menses _____

Blutungen sind

hell dunkel klumpig braun

regelmäßig unregelmäßig Schmerzen

Bindegewebe/Haut:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Hautjucken/Schmerzen/Brennen | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen | <input type="checkbox"/> Verbrennungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschwäche |
| <input type="checkbox"/> Zellulitis | <input type="checkbox"/> Scheimhautveränderungen | <input type="checkbox"/> Organsenkung | <input type="checkbox"/> Piercing, Tatoo |
| <input type="checkbox"/> Ödeme | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen | <input type="checkbox"/> Anderes _____ | |

Rücken/Gelenke/Arme/Beine/Nervensystem:

Arme Tennisellbogen, kalte Hände, Verletzungen

Beine kalte Füße, arterielle Durchblutungsstörungen, Verletzungen, Krampfadern, Ödeme

Gelenke

Beschwerden kleiner Gelenke, wo: _____

Beschwerden großer Gelenke, wo: _____

Ruheschmerz Anlaufschmerz Arthrose rheumatoide Arthritis

Anderes: _____ Rücken: Schmerzen, Skoliose, Verspannungen

Wirbelsäule, welche Gelenke: _____

Nervensystem

Herpes zoster, Meningitis, Borreliose/FSME, Multiple Sklerose, Mb. Parkinson, Demenz, Anderes _____

Neuropathien (Kribbeln/Taubheitsgefühl), wo _____

Haben Sie Schmerzen, wo und seit wann?

(bitte in einer Skala von 1 – wenig - bis 10 - sehr stark - angeben)

Bitte führen Sie hier Ihre Erkrankungen/Operationen von heute bis in die Vergangenheit chronologisch in Stichworten auf :