

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Beschwerden und Krankheitsgeschichte möglichst umfassend und strukturiert erfassen zu können, möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen in aller Ruhe zu Hause auszufüllen.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen sowie alle vorhandenen Befunde und Arztberichte zu Ihrem Termin mit.

Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Vertrauen!

Anamnesedatum:

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ Ort	Straße	
Telefon	E-Mail	
Gesetzl. versichert bei	Privat versichert bei	Zusatzversicherung bei
Hausarzt		

IHRE VORGESCHICHTE

Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihren Termin? Seit wann bestehen diese Beschwerden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Gab es vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden ein besonderes Ereignis?

☐ Unfall ☐ Schreck ☐ Operation ☐ Grippe ☐ Kummer ☐ Trauer

☐ Weiteres

.....

2. Was haben Sie bereits im Vorfeld gegen diese Beschwerden unternommen?

☐ Ernährungstherapie ☐ Homöopathie

☐ Weiteres

.....

3. Welche Medikamente, Hormone und/oder Nahrungsergänzungsmittel haben Sie regelmäßig bzw. über einen längeren Zeitraum eingenommen?

.....

.....

4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

☐ Ultraschall ☐ Darmspiegelung ☐ Blutentnahme

☐ Weitere

.....

5. Was verbessert was verschlechtert die Beschwerden?

.....

.....

6. Welche Infektionskrankheiten hatten Sie bereits?

☐ Pfeiffersches Drüsenfieber ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Herpes Simplex

☐ Weitere

.....

7. Welche Operation wurden an Ihnen vorgenommen? (Bitte mit Jahresangabe)

.....

.....

8. Haben Sie mal eine Bluttransfusion bekommen?

☐ nein ☐ ja, wann (bitte Jahr angeben) und wie viele?

9. Welche Verletzungen und/oder Unfälle hatten Sie?

☐ Autounfälle ☐ Schock ☐ Knochenbrüche ☐ Gehirnerschütterung

☐ Weitere

10. An welchen Stellen Ihres Körpers befinden sich Narben und wovon? (Bitte auch das Jahr angeben)

.....

.....

11. DARM/STUHLGANG

☐ Stuhlgang täglich ☐ jeden 2. Tag ☐ jeden 3. Tag ☐ jeden 4. Tag ☐ unregelmäßig

Riecht nach

☐ Neigung zu Verstopfung ☐ Neigung zu Durchfall ☐ Blähungen ☐ Krämpfe

☐ Weitere

Konsistenz:

☐ Schnittfest ☐ hell ☐ dunkel ☐ übel riechend ☐ hart ☐ knollig

☐ Gefühl, nicht fertig zu werden ☐ wechselhaft

12. GALLE/LEBER

☐ Steine ☐ Koliken ☐ Operationen ☐ Hepatitis ☐ Weiteres

13. MAGEN

☐ Gastritis ☐ Geschwür ☐ Weiteres

14. HERZ/KREISLAUF

☐ Rhythmusstörungen ☐ Herzschrittmacher ☐ Infarkt ☐ Weiteres

15. BLUTDRUCK

☐ hoch ☐ niedrig ☐ Medikamente

16. Neigen Sie zu INFEKTANFÄLLIGKEIT?

☐ häufig Husten ☐ Halsschmerzen ☐ Nasennebenhöhlenentzündung

☐ Weitere

17. Haben Sie Allergien?

☐ nein ☐ ja, seit wann welche

• Haben Sie einen Allergiepass?

☐ nein ☐ ja (bitte mitbringen)

• Auf welche Stoffe, Substanzen reagieren Sie wissentlich allergisch?

☐ Hausstaubmilben ☐ Tierhaare ☐ Medikamente ☐ Pollen

☐ Weitere

18. Haben oder hatten Sie Hautbeschwerden?

☐ trocken ☐ fettig ☐ Pilze ☐ Warzen ☐ Ausschläge

☐ Weitere

19. Leiden Sie unter Haarausfall? ☐ nein ☐ ja Haben Sie brüchige Nägel? ☐ nein ☐ ja

20. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? ☐ nein

☐ ja, wann und wo? (Morgens, mittags, abends, Augen-, Schläfen-, Hinterhauptregion)

21. ZÄHNE

• Haben Sie Zahnfleischbluten/Parodontose? ☐ nein

☐ ja

• Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ☐ nein

☐ ja, wo und seit wann?

• Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ nein

☐ ja, wann?

• Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

• Welche Zahnfüllmaterialien wurden verwendet?

☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik ☐ Weitere

22. UNTERLEIB - GYNÄKOLOGIE/UROLOGIE (speziell für Frauen)

- Haben Sie einen regelmäßigen Monatszyklus? ☐ ja ☐ nein
- Wann war Ihre erste Regelblutung? Wann war die letzte Regelblutung?
- Haben Sie Menstruationsbeschwerden? ☐ nein
☐ ja, Beschwerden ☐ vor ☐ nach ☐ während der Regel
.....
- Haben Sie Befindlichkeitsstörungen im Vaginalbereich? ☐ nein
☐ Ausfluss ☐ Brennen ☐ Juckreiz ☐ trockene Schleimhäute
.....
- Leiden Sie unter ständig wiederkehrenden Harnwegsinfektionen? ☐ nein
☐ ja, wie oft?
- Setzen Sie Hormonpräparate ein? ☐ nein
☐ Pille ☐ Hormonspirale ☐ Hormoncremes

23. UNTERLEIB - UROLOGIE (speziell für Männer)

- Prostata ☐ vergrößert ☐ Entzündung gehabt ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
☐ Weitere

24. ALLGEMEINE BEFINDLICHKEITEN

- Haben Sie Ein- oder Duschschlafschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja
- Wie ist Ihr Schlaf? ☐ tief ☐ oberflächlich ☐ erfrischtes Erwachen ☐ unausgeschlafen
☐ häufiges Erwachen (Uhrzeit)
- Wann gehen Sie zu Bett? Uhr Wann stehen Sie auf? Uhr
- Haben Sie Ängste, die Sie aktuell beunruhigen? (Zukunft, Gesundheit, um Familienmitglieder, Krankheit...)
.....
.....
.....
.....

• Wie ist Ihr Gemütszustand? Punkte

(Bitte Punktangabe aus der Skala von **1 Punkt = sehr gut** bis **10 Punkte = sehr schlecht**)

• Wie ist Ihre Stimmungslage?

☐ gleichgültig ☐ depressiv ☐ schwankend ☐ gefühlvoll ☐ wechselnd
☐ labil ☐ sanft ☐ introvertiert ☐ geduldig ☐ ärgerlich ☐ frustriert
☐ aufbrausend ☐ nervös ☐ reizbar

• Wie würden Sie Ihre Lebensenergie beschreiben? Sind Sie schnell erschöpft und wenig belastungsfähig?

.....

• Gibt es in Ihrem Leben eine Kraftquelle? (Glaube, Religion, Spiritualität..)

.....

• Leiden Sie unter Nachtschweiß? ☐ nein

☐ ja, seit wann

• Fühlen Sie sich manchmal fiebrig/erhöhte Temperatur? ☐ nein

☐ ja, seit wann

• Frieren Sie leicht ☐ oder würden Sie sich als warmblütig ☐ bezeichnen?

• Hatten Sie in der letzten Zeit Gewichtsveränderungen? ☐ nein

☐ ja, wie viel gewollt oder ungewollt?

• Leiden Sie an einer Abhängigkeitserkrankung? ☐ nein

☐ ja, seit wann?

25. FAMILIENANAMNESE

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie insbesondere bei Eltern und Geschwistern bekannt?

☐ Allergien ☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Depression ☐ Krebs

☐ Weitere

.....

.....

.....

.....

26. UMGEBUNGSBEDINGUNGEN, LEBENSSTIL

• Derzeitiger und ggf. früherer Beruf

• Wie viele Stunden arbeiten Sie?

☐ pro Tag Std. ☐ pro Woche Std. ☐ in verschiedenen Schichten Std.

• Häufiger Umgang mit bestimmten Materialien ☐ nein ☐ ja

☐ Chemikalien ☐ Giftstoffe ☐ Weitere

• Trinken Sie Alkohol? ☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig ☐ oft

• Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, wie viel pro Tag Stück, seit welchem Alter

• Treiben Sie Sport? ☐ nein ☐ ja, welchen, wie oft und wie lange

• Was tun Sie für Ihre Entspannung und wie viel Zeit nehmen Sie sich dafür?

• Haben Sie Haustiere? ☐ nein ☐ ja, welche

• Gab es Auslandsreisen, auch außerhalb Europas? ☐ nein

☐ ja, Land und Jahresangabe

• Gibt es in Ihrem Haus/Wohnung Probleme mit Feuchtigkeit oder Schimmel? ☐ nein ☐ ja

• Was würden Sie als Hauptbelastung in Ihrem Leben bezeichnen und wie beeinträchtigt Sie das?

27. ERNÄHRUNG

- Wie ernähren Sie sich?

Morgens:

.....

.....

Mittags:

.....

.....

Abends:

.....

.....

- Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

.....

- Ihre Körpergröße Ihr Gewicht