



## Anamnese

(von altgriechisch anámnēsis, „Erinnerung“)

Name ..... Geburtstag .....

Vorname ..... Tel. privat .....

Straße ..... Tel. Beruf .....

PLZ - Ort ..... FAX .....

Beruf ..... E-Mail .....

Wie haben Sie von mir/uns erfahren? .....

Familienstand/Kinder .....

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privat-Versicherung

Name der Versicherung: ..... Tarif(e): .....

Name Hausarzt/ärztin + Ort: .....

**Anleitung:** Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten antworten Sie mit eigenen Worten. Bitte gönnen Sie sich genug Zeit für Ihre Antworten. Was Sie nicht ausfüllen wollen oder können, lassen Sie frei. **Brauchen Sie mehr Platz zum Schreiben, nutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt und fügen es bei.**

**Was belastet Sie? Wo? Seit wann?** Beschreiben Sie Ihre gesundheitlichen Beschwerden und was Sie sonst belastet.

**Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel - wie soll es sein, wenn es wieder gut ist?**

**Was erwarten Sie von Ihrer Behandlung und in welchem Zeitraum?**

**Was sind Sie bereit zu tun oder zu ändern, damit es Ihnen besser geht? Wie viel Zeit möchten oder können Sie dafür aufwenden?**

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

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

**Welche Krankheiten sind Ihnen 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.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

Ja: z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.  Nein

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

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

**Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre mit Antibiotika behandelt?**

Warum und wie lange.

**Gibt es Allergien?  Ja  Nein**

Pollen / wann .....

Nahrungsmittel .....

**Allgemeines**

**Mein aktuelles Körpergewicht** .....kg

**Meine Körpergröße** .....m

**Meine Blutgruppe** .....

**Mein Blutdruck** .....mmHg

**Trinken Sie Alkohol?** Was, wie viel, wie oft .....

**Rauchen Sie?** Was, wie viel, wie oft .....

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** .....

**Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?** .....

**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe/Süßstoff zu sich?** .....

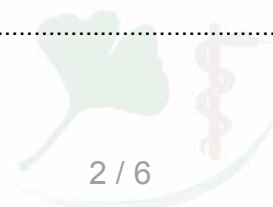
**Treiben Sie Sport?** Welchen, seit wann? .....

**Schlaf** 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 .....

**Wie belastbar fühlen Sie sich?** (Beschreiben oder eine Ziffer nach einer Scala von 1 - 10, 1=mies 10=super)

.....



## Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhaupt-region, morgens, abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig

- Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, 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** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft
- Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute
- Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation
- 

## Brust und Bauch

- Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
- Kreislauf** hoher - niedriger Blutdruck, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen (kalte Füße),
- Lunge** Bronchitis, häufig Husten,
- Leber** Entzündung - Hepatitis
- Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Magengeschwür
- Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation,  
Blähungen - Geruch .....
- Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach .....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest; Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.



## Rücken – Arme – Beine - Haut

- Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
- Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen; Kopfgneis oder Kopfgrind (starke Schuppenbildung, Entzündung der Kopfhaut möglich) auch in der Zeit als Kleinkind oder Säugling, Milchschorf, Schuppenflechte (Psoriasis), Neurodermitis, Windeldermatitis, seborrhoisches Ekzem;
- Narben** Haben Sie Narben durch Operationen oder Verletzungen?
- Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine  Nein
- .....
- 

## Unterleib - Gynäkologie - Urologie

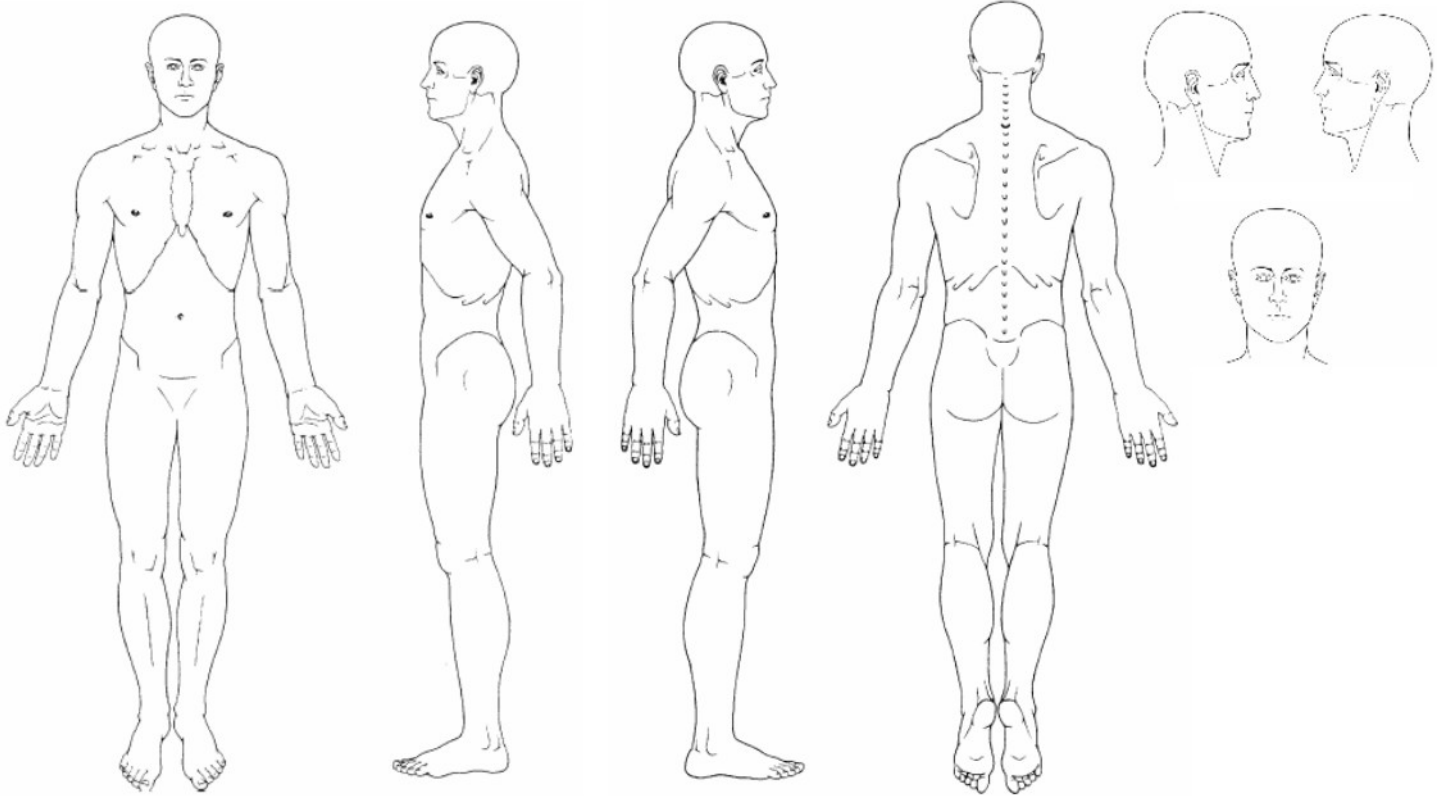
- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses ..... wann die letzte .....
- Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....
- Klimakterische Beschwerden .....
- Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche .....
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere** Nierensteine, Entzündungen - häufig
- Blase** Entzündungen - häufig - chronisch, Blasenschwäche, Inkontinenz
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Schmerzfragen

### Wo treten Schmerzen auf oder Störungen?

Bitte kennzeichnen mit Schraffur des Bereiches der Schmerzausstrahlung/Störung oder mit

**Kreuz** = punktförmiger Schmerz - **Linie** = unklare Schmerzlokalisierung - **Pfeil** = ausstrahlender Schmerz



### Schmerzsкала für den Hauptschmerz

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

Seit wann haben Sie die Schmerzen? .....

Gab es ein auslösendes Ereignis? .....

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

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, Urlaub

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

Sonstiges .....

Schmerzbehandlung bisher, wie? .....

**Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, ...) zum ersten Termin mit !**

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikamente mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

	Bezeichnung	Hersteller	Einnahme für
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

### **Chronologie der Krankengeschichte**

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

Auch: Kopfgneis oder Kopfgrind (starke Schuppenbildung, Entzündung der Kopfhaut möglich) in der Zeit als Kleinkind oder Säugling, Milchschorf, Schuppenflechte (Psoriasis), Neurodermitis, Windeldermatitis;

Bitte gesondertes Blatt verwenden, wenn diese Seite zu wenig Platz dafür hat.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen ausgefüllt.

Datum:..... Unterschrift.....

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)