

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung auf deinen Termin. Für eine optimale Behandlung benötige ich einige Informationen. Bitte fülle diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Deine Angaben obliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für deine Mitarbeit.

1. Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Geburtsdatum			
Anschrift		PLZ/ Ort	
Familienstand/ Kinder		Beruf	
Telefon(privat)		Mobil	
Email		Versicherung	

2. Allgemeine Angaben

Machst du Sport, was und wie oft in der Woche?

Nimmst du Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche und Seit wann?

3. Allgemeine Fragen zu deiner Gesundheit:

Leidest oder littest du in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| Herz- Kreislauferkrankungen ☐ | Blutdruckerkrankungen ☐ |
| Diabetes Mellitus Typ ☐ | Lungen-/ Atemwegserkrankungen ☐ |
| Leber- Nierenerkrankungen ☐ | Augenerkrankungen ☐ |
| Osteoporose ☐ | Schilddrüsenerkrankung ☐ |
| Rauchst du ? ☐ | Regelmäßiger Alkohol- /Drogenkonsum ☐ |
| Allergien ☐ | Kieferorthopädische Eingriffe ☐ |
| Chronische Infektionskrankheiten(z.B. HIV, Hepatitis) ☐ | |
| Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson, MS, Krampfleiden/ Epilepsie) ☐ | |

Blutungsstörungen/ Blutungsneigung ☐

Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Burn out, Schizophrenie) ☐

Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis) ☐

Einnahme Blutdruckverdünnender Medikamente (z.B. ASS, Heparin, Marcumar) ☐

Sonstige Erkrankungen (z.B. Autoimmun, Rheuma, Tumorerkrankungen) ☐

Wenn ja welche

Falls du eine Frage mit JA beantwortet hast, notiere bitte die genaue Erkrankung:

Unfälle/ Stürze/ Knochenbrüche? Wenn ja, bitte mit Zeitangabe (Jahr):

4. Detaillierte Fragen zu deiner Gesundheit:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Allgemein

Schlafprobleme ☐

Müdigkeit ☐

Ungewollter Gewichtsverlust ☐

Geschwollene/ druckschmerzhaft Lymphknoten ☐

Immer wieder leicht erhöhte Körpertemperatur ☐

NEIN ☐ / JA ☐

Unruhe ☐

Schwitzen in der Nacht ☐

Doppelbilder/ Sehveränderung ☐

Kopfschmerzen ☐

Schwindel ☐

Wurdest du bereits einmal operiert?

NEIN ☐ / JA ☐

Bitte gib die Operation und eine ungefähre Zeitangabe an:

HNO

Ohrgeräusche/ Tinnitus ☐

Halsschmerzen/ Entzündungen ☐

NEIN ☐ / JA ☐

Stirn/ Nebenhöhlenentzündung ☐

Bronchien und Lunge

Häufige Bronchitis ☐

Lungenentzündung ☐

Husten ☐

chronische Erkältung ☐

Atemgeräusche ☐

NEIN ☐ / JA ☐

Kurzatmigkeit ☐

Asthma ☐

Allergische Beschwerden ☐

Atemnot ☐

Herz- Kreislauf

- Bluthochdruck ☐
Arteriosklerose ☐
Spürbare Herzschläge ☐
Druck/ Schmerzen in der Brust ☐
Durchblutungsstörungen ☐
OP ☐

Magen- Darm

- Schluckstörungen ☐
Völlegefühl, Blähungen, Bauchschmerzen/ Krämpfe ☐
Verstopfung ☐
Blut im Stuhl ☐
Schmerzen (vor/während/nach der Speiseaufnahme) ☐
Nahrungsmittelunverträglichkeiten ☐

Bewegungsapparat

- Gelenkschmerzen ☐
Steifigkeit ☐
Rückenschmerzen ☐
Kribbeln/ Taubheit ☐

Haut:

- Haarausfall ☐
Neigung zu blauen Flecken ☐
Übermäßiges Schwitzen ☐

Urologie (Niere+ Blase)

- Wiederkehrende Blasenentzündungen ☐
Reizblase ☐
Blut im Urin ☐
Ungewollter Harnabgang ☐
Nierenbeckenentzündung ☐
Häufigkeiten des Wasserlassens bei Tag und Nacht:

Gynäkologie

- Schmerzen vor oder während der Menstruation ☐
Beschwerden während des Eisprungs ☐
Sind sie schwanger? ☐
Hast/ Hattest du Probleme während der Schwangerschaft? ☐
Hast/ Hattest du Probleme schwanger zu werden? ☐
Wie viele Geburten hattest du? Hattest du Fehlgeburten? NEIN ☐ / JA ☐
Wechseljahrsbeschwerden? ☐
Pille/ Hormontherapie ☐ Welche:

NEIN ☐ / JA ☐

- Zu niedriger Blutdruck ☐
Beklemmungen ☐
Krampfadern ☐
Herzinfarkt ☐
Gestaute Beine ☐

NEIN ☐ / JA ☐

- Reflux/ Sodbrennen ☐
Übelkeit ☐
Durchfälle ☐
Stuhlinkontinenz ☐
Nahrungsmittelallergien ☐

NEIN ☐ / JA ☐

- Muskelschmerzen/ Krämpfe ☐
Muskelverspannungen ☐
Nackenschmerzen ☐
Schwellung im Gelenk ☐

NEIN ☐ / JA ☐

- Ausschlag/ Ekzem ☐
trockene Haut ☐
Juckreiz ☐

NEIN ☐ / JA ☐

- Prostatabeschwerden ☐
Ständiger Harndrang ☐
Probleme beim Wasser lassen ☐
Veränderung der Kontinenz ☐

NEIN ☐ / JA ☐

- OP's ☐
Unregelmäßiger Zyklus ☐

Empfindungen:

Grübeln ☐
Nervosität ☐
Aufbrausend ☐
Dinge in sich hinein fressen ☐
Gedächtnisschwäche ☐
Sorgen ☐
Depression ☐
Wenig Selbstvertrauen ☐

Wut ☐
Konzentrationsschwäche ☐
Unentschlossenheit ☐
Traurigkeit ☐
Lustlosigkeit ☐

5. Aktuelle Beschwerden

Bitte beschreibe deine aktuellen Beschwerden:

Wann begannen die Beschwerden? **AKUT** ☐

NACH UND NACH ☐

Gab es dafür einen Auslöser?

Wann treten die Beschwerden auf?

Wie ist der Verlauf der Beschwerden?

Zunehmend ☐

Abnehmend ☐

Gleichbleibend ☐

nur zeitweise spürbar ☐

Momentan nicht vorhanden, ich weiß aber, dass Sie wieder auftreten können ☐

Wodurch werden die Beschwerden besser?

Wie fühlen sich die Beschwerden an?

Stechend ☐

Krampfend ☐

Beklemmend ☐

einschießend ☐

Dumpf ☐

klopfend ☐

Ausstrahlend ☐

mit Kribbeln ☐

Anders ☐

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Schlechter bei:

Bewegung ☐ Im Stehen ☐ Im Liegen ☐ Im Sitzen ☐
in der Nacht ☐ Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser ☐ Ärger/ Stress ☐

Besser bei:

Bewegung ☐ Im Stehen ☐ Im Liegen ☐ im Sitzen ☐
In der Nacht ☐ am Morgen ☐
Bei Ablenkung ☐ wenn ja, welche

Hattest du Voruntersuchungen (z.B. Facharztbesuche) Blutbild, Röntgen, CT, MRT, o.ä.
Wenn ja welche Ergebnisse gab es?

Wurdest du bereits behandelt (Physiotherapie, Chiropraktik, Injektionen, Operationen, ...)?

Was willst du erreichen? Bitte formuliere ein Behandlungsziel.

Liegen bereits Untersuchungsergebnisse vor (MRT, CT Befunde, Röntgen, Blutbilder, ect.) so bringe mir diese bitte zur Durchsicht mit.