

## Anamnesebogen

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

### Beschwerden / Erkrankungen

Was sind Ihre momentanen Beschwerden? Warum kommen Sie zu mir? Ordnen Sie Ihre Beschwerden nach Priorität.

1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Können Sie den Beschwerden bestimmte Auslöser zuordnen? (Unfälle, Medikamente, OP, Hauterscheinungen, emotionale Belastungen u.ä.)

Wie viele Ärzte, Heilpraktiker, Kliniken o. ä. haben Sie wegen den Beschwerden bereits aufgesucht?

Welche Therapiemaßnahmen gegen die Beschwerden wurden durchgeführt?

Welche Medikamente/Kräuter/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit in welcher Dosis ein?

## Krankengeschichte

Erfassen Sie bitte alle bisher durchgemachten Erkrankungen/OPs in chronologischer Folge:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Leiden/Litten Sie an schweren Erkrankungen?**

Z. B. Tumorerkrankungen, Herz- Kreislauferkrankungen, Lungenerkrankungen

andere schwere Erkrankungen:

---

---

**Leiden Sie an wiederkehrenden Erkrankungen, z. B. Erkältungen u. ä.?**

---

---

**Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?**

Z. B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Diphtherie, Tuberkulose, Kinderlähmung, Ruhr, Salmonellose, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Malaria, Pfeiffisches Drüsenfieber, Hepatitis u. a.

andere Infektionserkrankungen:

andere Tropenerkrankungen:

andere Geschlechtserkrankungen:

---

---

---

**Haben Sie OP - Narben? Wenn ja, wo?**

---

**Wurden Sie schon einmal mit Antibiotika behandelt? Wenn ja, wann?**

---

**Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Groß- u. Urgroßeltern, Geschwister)**

- |  |   |   |                              |
|--|---|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen       | <input type="radio"/> Schlaganfall      | <input type="radio"/> Epilepsie         | <input type="radio"/> Krebs  |
| <input type="radio"/> Diabetes               | <input type="radio"/> Schuppenflechte   | <input type="radio"/> Migräne           | <input type="radio"/> Gicht  |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankg. | <input type="radio"/> Neurodermitis     | <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Allergien              | <input type="radio"/> Multiple Sklerose | <input type="radio"/> Tuberkulose       | <input type="radio"/> Suizid |

Andere Krankheiten:

---

## Impfungen

**Welche Impfungen haben Sie erhalten?**

- |                                    |   |  |                               |
|------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Masern       | <input type="radio"/> Hepatitis             | <input type="radio"/> Pocken             | <input type="radio"/> Tbc     |
| <input type="radio"/> Mumps        | <input type="radio"/> Diphtherie            | <input type="radio"/> Tetanus            | <input type="radio"/> Hib     |
| <input type="radio"/> Röteln       | <input type="radio"/> Kinderlähmung (Polio) | <input type="radio"/> Meningokokken      | <input type="radio"/> Grippe  |
| <input type="radio"/> Pneumokokken | <input type="radio"/> Varizellen            | <input type="radio"/> HPV                | <input type="radio"/> FSME    |
| <input type="radio"/> Cholera      | <input type="radio"/> Pertussis             | <input type="radio"/> Gelbfieber, Dengue | <input type="radio"/> Tollwut |

Andere Impfungen:

---

Hat Ihr Körper auf die Impfung reagiert (Fieber, Krämpfe, Unruhe, schlaflos o.ä.)?

---

## Empfindungen / Emotionen

- Sind Sie temperaturempfindlich?  ja  nein
- Sind Sie berührungsempfindlich?  ja  nein
- Haben Sie Probleme in engen Räumen?  ja  nein
- Haben Sie Konzentrationsprobleme?  ja  nein
- Fühlen Sie sich leicht müde und erschöpft?  ja  nein
- Sind Sie leicht reizbar?  ja  nein
- Haben Sie Angstprobleme?  ja  nein
- Haben Sie Schuldgefühle?  ja  nein
- Grübeln Sie oft?  ja  nein
- Schwitzen Sie leicht?  kalter  warmer Schweiß  ja  nein
- Schwitzen Sie nachts? Wenn ja, wo \_\_\_\_\_  ja  nein
- Haben Sie oft kalte Hände und/oder Füße?  ja  nein
- Frieren Sie allgemein leicht?  ja  nein
- Wie belastbar sind Sie?  gar nicht  30%  50%  80%  100%
- Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern?  sehr gut  gut  mäßig  schlecht
- Haben Sie eine(n) Partnerin/Partner?  ja  nein
- Wie ist das Partnerverhältnis?  sehr gut  gut  mäßig  schlecht
- Würden Sie sich als glücklich einschätzen?  ja  nein

## Ernährung

Welche Getränke nehmen Sie täglich hauptsächlich zu sich? Geordnet nach Priorität.

1. \_\_\_\_\_ Menge in Liter: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Menge in Liter: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Menge in Liter: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Menge in Liter: \_\_\_\_\_
- |            |       |
|------------|-------|
| Summe tgl. | _____ |
|------------|-------|

Welche Nahrungsmittel essen Sie täglich?

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Essen Sie die folgenden Nahrungsmittel? Wenn ja, bitte ankreuzen.

- Milchprodukte  Zucker/Süßigkeiten  Zuckerersatzstoffe  Nudeln
- Mehlprodukte  Kuchen  Nüsse  Pizza

Wie oft essen Sie Fleisch, welches Fleisch und in welchen Mengen?

\_\_\_\_\_

Wie oft essen Sie Wurst, welche Wurst und in welchen Mengen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Vorlieben für oder Abneigungen gegen bestimmte Geschmacksrichtungen?

(süß, sauer, scharf, bitter, salzig)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsregeln/-richtlinien? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Können Sie sich vorstellen, mit meiner Hilfe, Ihre Ernährungsgewohnheiten umzustellen?

- ja  nein

## Wohnen

### Wohnungsbeschaffenheit

- Funkmasten in d. Nähe       Überlandleitung i. d. Nähe       Schimmelpilzbelastung  
 Bäche, Flüsse i. d. Nähe       Bahnstrom i. d. Nähe       Teppichböden  
 Mikrowelle       Antiquitäten       Holzschutzmittel

### Schlafqualität

- Schwierigkeiten beim Einschlafen       schlaflos       Zähneknirschen  
 Schwierigkeiten beim Durchschlafen       Sprechen im Schlaf       Nachtschweiß  
 häufiges Erwachen, um wie viel Uhr \_\_\_\_\_       häufiges Wasserlassen, wie oft \_\_\_\_\_

### Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- Handy/Internet       Wasserbett       elektr. Geräte im Standby

### Welches ist Ihre bevorzugte Schlafposition?

\_\_\_\_\_

### Wann gehen Sie i.d.R. zu Bett?

\_\_\_\_\_ Uhr

### Wann stehen Sie i.d.R. auf?

\_\_\_\_\_ Uhr

## Kopf / Hals

Haben Sie Kopfschmerzen?       häufig       selten       nie

### Wo sind die Kopfschmerzen lokalisiert und wann treten sie auf?

Auslöser	was verbessert	was verschlechtert
_____	_____	_____
<b>Haare</b>	<b>Augen</b>	<b>Ohren</b>
<input type="radio"/> Haarausfall allg.	<input type="radio"/> Bindehautentzündung	<input type="radio"/> Schmerz links
<input type="radio"/> kreisrund Haarausfall	<input type="radio"/> kurzsichtig (nah gut, weit schlechter)	<input type="radio"/> Schmerz rechts
<input type="radio"/> vereinzelter Haarausfall	<input type="radio"/> weitsichtig (weit gut, nah schlechter)	<input type="radio"/> Schwerhörig
seit wann _____	<input type="radio"/> Brille seit _____	<input type="radio"/> Ohrengeräusche
	Sonstiges _____	<input type="radio"/> Ohrendruck
		<input type="radio"/> Mittelohrentzündung

### Zähne/Kiefer

- häufige Zahnarztbesuche       Beschwerden Weisheitszähne  
 Wurzelbehandelte / tote Zähne       Beschwerden bei der Zahnung

Empfindlich:     heiß       kalt

Zahlfüllmaterial besteht aus:

- Amalgam     Gold       Titan       Kunststoff     Keramik     Palladium     anderes

Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wenn ja, wann?

### Nase

- OP       Heuschnupfen       behinderte Nasenatmung       verstopfte Nase  
 häufige Nasennebenhöhlenentzündung       Allergie auf: \_\_\_\_\_  
 Absonderungen:       wässrig       schleimig       eitrig       grünlich

### Mandeln

- OP / Wann? \_\_\_\_\_       häufige Entzündung       als Kind       heute

**Schilddrüse**     Überfunktion       Unterfunktion       vergrößert       OP

## Brust/Bauch & Organe

<b>Brustdrüsen</b>	<input type="radio"/> Beschwerden	<input type="radio"/> OP	Wenn ja, wann war OP? _____	
<b>Herz</b>	<input type="radio"/> Beschwerden <input type="radio"/> Beklemmung	<input type="radio"/> Stechen <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/> Druckgefühl	<input type="radio"/> Infarkt <input type="radio"/> OP
<b>Lunge</b>	<input type="radio"/> häufige Bronchitis <input type="radio"/> Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> häufiges Husten	<input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> OP
<b>Leber</b>	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Hepatitisvirus ----->>>>	<input type="radio"/> Druck im Oberbauch <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> OP	
<b>Galle</b>	<input type="radio"/> Steine <input type="radio"/> Koliken	<input type="radio"/> Druck <input type="radio"/> OP	<input type="radio"/> Fettunverträglichkeit	
<b>Magen &amp; Speiseröhre</b>	<input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Appetitlos	<input type="radio"/> Gastritis <input type="radio"/> Sodbrennen	<input type="radio"/> Nahrungsmittelallergie	
<b>Niere/Blase</b>	<input type="radio"/> Nierensteine <input type="radio"/> Sonstige Harnwegserkrankungen, wenn ja welche:	<input type="radio"/> Entzündungen Niere	<input type="radio"/> Entzündungen Blase	
<b>Harn</b>	<input type="radio"/> sehr viel <input type="radio"/> sehr wenig <input type="radio"/> oft + viel <input type="radio"/> oft + wenig <input type="radio"/> kann nicht halten Sonstige Auffälligkeiten (Urinfarbe o.ä.)			
<b>Darm</b>	<input type="radio"/> Infektionen <input type="radio"/> Colitis ulcerosa	<input type="radio"/> Entzündungen <input type="radio"/> Morbus Crohn	<input type="radio"/> Hämorrhoiden <input type="radio"/> Blähungen	<input type="radio"/> OP
	<b>Haben Sie die Diagnose Reizdarm erhalten?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Wann? _____ Von wem? _____	
<b>Stuhlgang</b>	<input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> mehrmals Täglich <input type="radio"/> jeden 2. Tag <input type="radio"/> weniger	<input type="radio"/> häufig Verstopfung <input type="radio"/> häufig Durchfall	<input type="radio"/> kann Stuhl nicht halten	
<b>Konsistenz</b>	<input type="radio"/> dunkel <input type="radio"/> hell <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> knollig <input type="radio"/> schmierig <input type="radio"/> pastenartig	<input type="radio"/> weich <input type="radio"/> Gefühl nicht fertig zu werden		
<b>Rücken / Arme / Beine</b>				
<b>Rücken</b>	<input type="radio"/> Hexenschuss <input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: <input type="radio"/> OP, wenn ja, welche	<input type="radio"/> Ischias	<input type="radio"/> Skoliose	<input type="radio"/> Rheuma
<b>Arme/Hände</b>	<input type="radio"/> Kribbeln <input type="radio"/> kalte Hände <input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: <input type="radio"/> OP, wenn ja, welche	<input type="radio"/> Tennisellenbogen/Golferellenbogen		
<b>Beine/Füße</b>	<input type="radio"/> heiße Füße <input type="radio"/> kalte Füße <input type="radio"/> Taubheit <input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: <input type="radio"/> OP, wenn ja, welche	<input type="radio"/> Kribbeln	<input type="radio"/> Krampfadern	
<b>Haut</b>	<input type="radio"/> Verletzungen, wenn ja welcher Art: _____ <input type="radio"/> Schmerzen, wenn ja wo/wann: _____ <input type="radio"/> OP, wenn ja, wo/welche: _____ <input type="radio"/> Verbrennungen, wenn ja wo und Grad: _____ <input type="radio"/> Warzen, wenn ja wo und Anzahl: _____ <input type="radio"/> Geschwür, wenn ja, wo: _____ <input type="radio"/> Narben, wenn ja, wo: _____ <input type="radio"/> Pilzbefall, wenn ja wo: _____ <input type="radio"/> Juckreiz, wenn ja wo: _____ <input type="radio"/> Allergie, wenn ja worauf: _____ <input type="radio"/> Nagelbettentzündung			

## Schmerzanamnese allgemein

Wo treten Schmerzen auf und in welcher Stärke?

Skala von 1 bis 10

1 schwach.....mittel 5.....stark 10

Beschreiben Sie dazu den Schmerzcharakter: ziehend, brennend, stechend, klopfend, dumpf, bohrend, reizend, krampfend...

Wo?	Wie oft?	Stärke	Schmerzcharakter:
1.			
2.			
3.			

### Welche Ereignisse verschlimmern?

- Stehen     Sitzen     Gehen     Körperl. Belastung     Stress     Kälte  
 Wärme     Nahrungsmittel     Wetter     Tageszeit:  
 Monatsblutung     Weiteres:

### Was verbessert?

- Kälte     Schmerzmittel     Bewegung     Ruhe  
 Wärme     Weiteres:

### Nennen Sie weitere Symptome des Schmerzes?

- Hauterscheinungen     Empfindlichkeit     Schwindel     Schweiß     Mattigkeit  
 Bewegungseinschränkung     Sehbehinderung     Hörbehinderung     Schwäche

## Allgemein:

Was waren die bisherigen Therapien und welcher Erfolg stellte sich dadurch ein?

Therapie:

Erfolg:

Therapie:

Erfolg:

Therapie:

Erfolg:

Über Nebenwirkungen bzw. eventuelle Risiken der durchzuführenden Maßnahmen werde/wurde ich ausführlich aufgeklärt. Ich erkläre mich mit den Behandlungen einverstanden. Alle Unklarheiten werden im persönlichen Gespräch geklärt, Einwände schriftlich festgehalten:

---

---

---

---

---

Sollten Sie die durch Ärzte bereits vorgeschlagenen Operationen oder andere Behandlungen (z. B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie u. a.) ablehnen oder aufschieben, so geschieht dies ausschließlich in eigener Verantwortung (=Patientenverantwortung)!

Bitte unterzeichnen Sie die Richtigkeit der gemachten Angaben sowie die Kenntnisnahme der aufgeführten Erklärungen und Ihr Einverständnis zu den gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Ort / Datum

Unterschrift