

Anamnese-Fragebogen

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ und Wohnort

Straße

Tel. priv. Tel. gesch.

Beruf

Familienstand/Kinder

Körpergröße Gewicht Blutdruck

Wodurch sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

.....

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

1. Aktuelle Beschwerden

Was ist der Grund Ihres Besuches?

.....

.....

Wo genau haben Sie Beschwerden?

.....

.....

Seit wann bestehen die Beschwerden?

.....

.....

Gibt es konkrete auslösende Faktoren? Tageszeiten?

durch Bewegung besser schlechter kein Einfluss

auftreten in Ruhe nachts tags Wärme Kälte

durch Wetteränderung ja nein

sonstiges

Wie äußern sich die Beschwerden? (z.B. Schmerzcharakter, -intensität)

.....

Was lindert/verschlimmert die Beschwerden?

.....

.....

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden bis jetzt eingesetzt?

.....

.....

Gibt es Fremdbefunde? ja (bitte mitbringen) nein

Bildgebende Verfahren? ja (bitte mitbringen) nein

Ärztliches Labor/Blutbefunde? ja (bitte mitbringen) nein

An welchen weiteren Krankheiten leiden Sie und seit wann? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

.....

.....

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

.....

.....

2. Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie Medikamente ein? In welcher Dosierung? Seit wann?

(Blutdrucksenkender, gerinnungshemmende Medikamente, Digitalis, Hormone, ...)

Medikament	Dosierung	Einnahme seit
.....
.....
.....
.....

Bitte Medikament oder Beipackzettel mitbringen.

ACHTUNG: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

Nehmen Sie Vitamin- Mineralstoff Präparate ein? Wenn ja, welche?

.....

Wann haben Sie zuletzt Antibiotika eingenommen?

Weshalb?

3. Familie

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Krebs, Diabetes mellitus, Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Asthma, Hautkrankheiten, Rheuma, Gicht, Migräne, Allergien, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Andere:

.....

.....

3. Soziales Umfeld

Sind Sie berufstätig? ja nein

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Termindruck, hohe Verantwortung, Mobbing) ja nein

Haben Sie Ängste/Sorgen? ja nein

Haben Sie Kinder? ja nein

Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?

Haben Sie Hobbies?

4. Allgemeine Lebensführung

Rauchen Sie? ja nein Wieviel pro Tag? Seit wann?

Trinken Sie Alkohol? ja nein Wie häufig? Was?

Treiben Sie Sport? ja nein

Welchen? Häufigkeit

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren? ja nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen ja nein

Haben Sie Einschlafstörungen? ja nein

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Sind Sie morgens erholt und fühlen sich frisch? ja nein

Wachen Sie nachts auf? Wie oft? Um welche Uhrzeit?

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

5. Allergien

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? ja nein

Welche?

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte

Substanzen (z. B. Fisch, Eier, Laktose, Gluten, Glutamat)? ja nein

Sonstige Allergien (Hausstaub, Blütenpollen, Kupfer....)?

6. Ernährung/Verdauung

Wie viel und was trinken Sie? Bitte genau!

Wasserml/Tag

Tee (welche Sorte?)ml/Tag

Kaffeeml/Tag

Säfte/Limonadenml/Tag

Milchml/Tag

Bierml/Tag

Wein/Sektml/Tag

.....

Sind Sie Vegetarier? ja nein

Wie ernähren Sie sich vorwiegend? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Milchprodukte	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Eier	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Fleisch/Wurst	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Weißmehlprodukte	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Nüsse	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Süßigkeiten	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Kuchen	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Obst	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie
Gemüse	<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> nie

Sind Sie nach dem Essen müde? ja nein

Völlegefühl Sodbrennen Appetitlosigkeit

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....
.....

Wie oft haben Sie Stuhlgang? x täglichx wöchentlich

Neigung zu Durchfall Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls?

geformt breiig wässrig wechselt verstopft knollig

hell dunkel übel riechend

kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Hämorrhoiden? ja Blut hell Blut dunkel Juckreiz nein

Haben Sie häufig Blähungen? ja nein

7. Gynäkologie

Wie verläuft/ verlief Ihr Menstruationszyklus?

Haben Sie Beschwerden o vor o während o nach der Menstruation?

Klimakterium? Gibt es Beschwerden?

Haben/Nehmen Sie Hormonpräparate (Verhütungsmittel) eingenommen, welche?

O „Pille“ O Hormonspirale? O andere:

Sind Sie schwanger? O ja O nein

8. Sonstiges

Haben/hatten Sie Zahnfüllungen aus Amalgam O ja O nein

Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt? O ja - wann? O nein

Wurde eine Amalgam-Ausleitungstherapie durchgeführt? O ja - wann? O nein

Haben Sie O wurzelbehandelte Zähne O verlagerte Zähne O Implantate

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

O Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine sind wichtig!

O Nein

Waren sie in letzter Zeit im Ausland?

.....
.....

Was erwarten Sie von einer Behandlung bei mir?

.....
.....
.....