

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Sie optimal zu behandeln, benötige ich einige Informationen zu Ihrer Person.

Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Dies erleichtert den ersten Besuch bei mir und gibt der Behandlung mehr Raum und Zeit. Außerdem können eventuell wichtige Fragen so schon im Vorfeld geklärt werden.

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße/ Hausnummer	PLZ und Wohnort	Telefon
--------------------	-----------------	---------

Versicherung

Allgemeine Fragen:

Sind Sie regelmäßig in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung?

- Nein
- Ja

Wenn ja:

- Hausarzt
- Zahnarzt
- Internist
- Orthopäde
- Psychologe/Psychotherapeut
- Osteopath

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- Schlaganfall
- Fettstoffwechselstörungen
- Chronische Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. MS, Parkinson)
- Allergien (z.B. Tier, Medikamente, Creme, Pflaster, Heuschnupfen)
- Zuckerkrankheit/ Diabetes
- Tumorerkrankungen
- Blutungsstörungen (z.B. Vitamin K Mangel)
- Krampfleiden (z.B. Epilepsie)
- Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)
- Krebserkrankungen
- Augenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Rheuma
- Unfälle (z.B. Schleudertrauma, Knochenbrüche, ...)
- Sonstiges: _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja welche:

Fragen im Detail:

Beschwerden in den Bronchien und der Lunge:

- Nein
- Ja

Wenn ja:

- Häufige Bronchitis
- Lungenentzündungen
- Asthma
- Allergische Atembeschwerden#
- Atemnot

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich:

- Nein
- Ja

Wenn ja:

- Bluthochdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Beklemmungen
- Spürbare Herzschläge
- Herzinfarkt
- OP
- Gestaute Beine
- Thrombosen
- Embolien
- Durchblutungsstörungen

Beschwerden im Verdauungsapparat:

- Nein
- Ja

Wenn ja:

- Blähungen/Völlegefühl/ Krämpfe
- Verstopfungen
- Durchfall
- Blut im Stuhl
- Sodbrennen
- Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten

Beschwerden im urologischen Bereich:

- Nein
- Ja

Wenn ja:

- Regelmäßige Blasenentzündungen
- Nierensteine
- Reizblase
- Prostatabeschwerden
- Ständiger Hangdrang
- Ungewollter Harnabgang
- Probleme beim Wasser lassen

Beschwerden im gynäkologischen Bereich:

- Nein
- Ja

Wenn ja:

- Beschwerden vor, während der Regel
- Beschwerden während des Eisprungs
- OP`s
- Haben/ hatten Sie Beschwerden während der Schwangerschaft?
- Haben/ hatten Sie Probleme schwanger zu werden?
- Wie viele Geburten hatten Sie? _____
- Hatten Sie Fehlgeburten? _____

Wurden Sie operiert? Bitte Operation und ungefähre Zeitangabe:

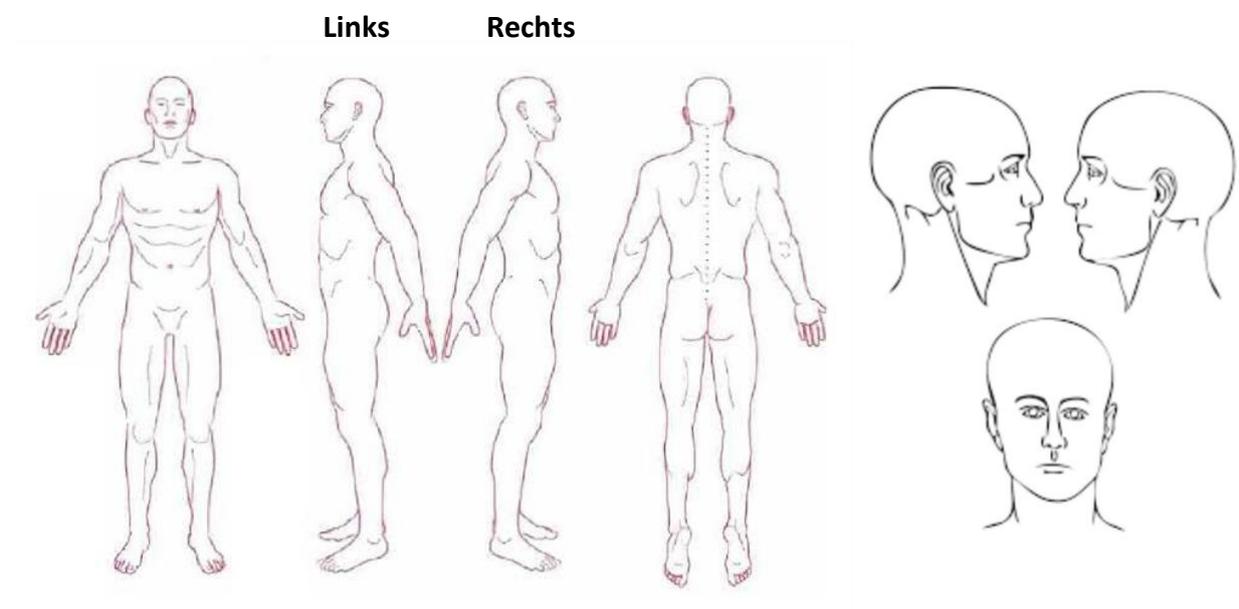
- Nein
- Ja

Wenn ja:

Jetzige Beschwerden:

Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es einen Auslöser?

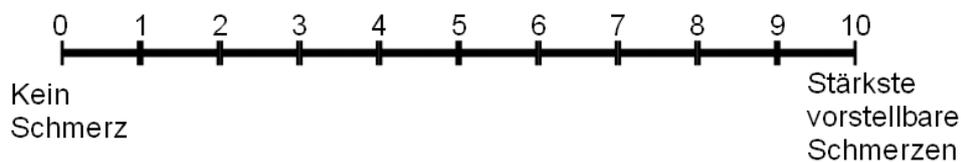
Schmerzverlauf – Mein Schmerz.... (bitte ankreuzen)

- ...hat seit dem ersten Auftreten zugenommen
- ...ist gleichgeblieben
- ...ist konstant
- ...hat abgenommen
- ...ist nur zeitweise spürbar
- ...ist momentan nicht vorhanden, ich weiß aber, dass er immer wieder auftreten kann.

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- stechend
- dumpf
- pochend
- ziehend
- krampfend
- brennend
- mit Kribbeln

Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?



Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden?

Schlecht bei:

- Bewegung
- Im Stehen
- Im Liegen
- Im Sitzen
- In der Nacht
- Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser
- Bei Ärger/ Stress

Besser bei:

- Bewegung
- im Stehen
- im Liegen
- im Sitzen
- in der Nacht
- am Morgen
- bei Ablenkung, wenn ja, welche _____

Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerzen (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühl, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Koordinationsstörungen)?

Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche?

(z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch), Röntgen, Kernspintomografie o.ä.?

Wenn ja, welche Ergebnisse gab es?

Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

Wenn ja, welche:

Leiden Sie unter seelischer Belastung (z.B. Stress, Konflikte, Trauer)?

- Nein
- Ja

Was wollen Sie erreichen (Behandlungsziel)?