

Anamnese-Fragebogen

(Die Erkrankungsgeschichte)

Erhebungsdatum: _____

Vorname _____

Name _____

Straße _____

PLZ - Ort _____

Geburtstag _____

Familienstand _____ Kinder _____

Tel. privat _____

Tel. Beruf _____ Fax _____

Beruf/e _____

E-Mail _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Zusatzversicherung

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung

Wer hat mich empfohlen? _____

Anleitung:

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

Am einfachsten geht es, wenn es möglich ist Freunde oder Familie hinzuzuziehen, da fällt jedem was ein.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

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

andere:

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen; v.a. wann? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen...



Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

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

Gibt es Allergien?

Pollen / wann

.....

Nahrungsmittel

.....

andere.....

Allgemeines:

Mein aktuelles Körpergewicht Meine Körpergröße

.....

Meine Blutgruppe

Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol?

Wann am ehesten?

Rauchen Sie?

.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe 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.....

Kopf:

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

Beschreiben Sie möglichst die Art der Schmerzen und welche Ausstrahlungen:

.....

.

.....

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit

wann.....

Augen Bindehautentzündung, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.



kurzsichtig/weitsichtig dpt re...../ li..... seit wann.....wann zuletzt verschlechtert.....

Ohren links / rechts Schwerhörigkeit seit, andere..... Tinnitus seit
auslösendes Ereignis.....Beschreibung des Tones.....

Zähne/ Kiefer

Welche Zähne haben große Füllungen? Ggf. im Kostenplan des Zahnarztes nachschauen oder anrufen!

Welche sind operiert / wurzelbehandelt / überkront / überbrückt?

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Zahnfüllmaterialien O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute / wann zuletzt

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch:

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit,
Nahrungsmittelallergien.....

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen -
Geruch.....

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht süßlich, stinkt, riecht
nach:.....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, normale Stuhlkonsistenz: schnittfest

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Schmerzfragen:

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte beschreiben Sie die Körperregionen und darunter die Qualitäten wie:

unklare Schmerzlokalisierung, punktförmiger Schmerz, ausstrahlender Schmerz in Richtung...

Stärke des Schmerzes anhand der unten angegebenen Schmerzskala

Schmerzskala für die Schmerzen

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?

.....

Rücken – Arme – Beine - Haut:

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken (Schmerzlokalisierung später genauer) Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Bandscheibenvorfälle

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Flecken, wo und seit wann?

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Unterleib – Gynäkologie:

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/Blase Nierensteine, Entzündungen - häufig, wann zuletzt

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Farbe: hell, dunkel, gelb, orange, rötlich, schaumig.....

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

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

Chronologie der Krankengeschichte

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

im Jahr	Art der Erkrankung