

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

Schön, dass Sie den Weg in meine Praxis gefunden haben. Um Sie so individuell wie möglich behandeln zu können, füllen Sie bitte den Anamnesebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu, Ihre ausführliche Krankengeschichte zu erheben, um die anschließende Diagnostik und Untersuchung zu erleichtern und die tatsächliche Behandlungszeit zu optimieren. Überlegen Sie beim beantworten nicht lange, antworten Sie intuitiv. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen sofern diese zutreffen, anderenfalls bitte mit eigenen Worten ergänzen. Sollten Ihnen Fragen unklar sein, können Sie diese gerne in der ersten Behandlung mit mir besprechen.

Persönliches:

Name, Vorname, Geb.- Datum

.....

Adresse

.....

Beruf (auch früherer Beruf)

.....

Telefon (Privat, Berufl., Mobil)

.....

eMail

.....

Aktuelles:

Bitte schildern Sie ihre aktuelle Beschwerde, wegen der Sie meine Praxis aufsuchen:

Was?

.....

.....

.....

Wo? (Lokalisation der Beschwerden)

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

Wie? (Schmerzcharakter – und Intensität, hell/dumpf, diffus, kribbeln/pieksen/taub, stechend/brennen/pulsierend/bohrend etc., Ausstrahlung? Wenn ja, wohin?)

.....
.....

Wann? (seit wann, bestimmte Tageszeiten, Häufigkeit etc.)

.....
.....

Wodurch? (Auslöser?)

.....
.....

Ablauf (Was verbessert die Situation, was macht sie schlimmer?)

.....
.....

Was war unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?
z.B.: Erkältung, Operation, Hautausschläge, Trauer, Medikamente, Beruflicher Wechsel etc.?

Sonstiges.....

Allgemeine Lebensführung:

Wie viel Alkohol trinken Sie im Monat? Sehr viel / viel / mäßig / wenig / gar nicht

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? Seit Lebensalter

Nehmen/ Nahmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

.....

Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit auffallend verändert? Zu- oder abgenommen? Gewollt/ ungewollt?

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen?

.....

Treiben Sie Sport?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (z.B. Vegan)

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie sind Ihre Essgewohnheiten (+ ungefähre Uhrzeit)

.....

Sonstiges

Soziale Anamnese:

Haben Sie Freunde oder Personen, denen Sie sich anvertrauen können?

Sind Sie gut in Ihre Kernfamilie (Eigene Eltern + Geschwister) integriert?

Wie ist Ihr Familienstand? Kinder? Wie alt?

Leben Sie in sicheren Wohnverhältnissen?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z.B. Mobbing/Ausgrenzung)

.....

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

Psyche:

Haben Sie große Sorgen? Sind Sie häufig nervös?

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Leben im Allgemeinen?

Leiden Sie an psychischen Krankheiten? Depressionen / Zwänge / Bipolar / Borderline / Panik

Andere

Seit wann? Sind Sie in Therapie?

Wie hoch ist Ihr Stresslevel von 0 bis 10?

Haben Sie genug Ressourcen, den Stress zu bewältigen?

Schlaf:

Ist Ihr Schlaf erholsam?

Fühlen Sie sich oft erschöpft, oder direkt nach dem Aufwachen schon wieder müde?

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen? Wie lange liegen Sie wach?

Wachen Sie immer zu der ungefähr gleichen Uhrzeit auf?

Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt?

Leiden Sie Nachts an: Unruhigen Beinen / Nachtschweiß / häufigem Erwachen / heißen Füßen
Zähneknirschen / Kieferpressen?

Allergien:

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?

Bestehen Allergien gegen bestimmte Lebensmittel?

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen Laktose / Fruktose / Gluten / Histamin ?

Andere Allergien wie z.B. Hausstaub, Blütenpollen, Insektenstiche, Kosmetik?

Sonstiges:

Bewegungsapparat:

Kopf:

Leiden Sie unter: Schwindel / Kopfschmerzen / Ohnmachtsanfällen / Epilepsie ?

Wie häufig und in welcher Intensität?

Leiden Sie unter: Hörproblemen / Tinnitus / Ohrenschmerzen?

Beschreiben Sie das Problem

Leiden Sie unter: langanhaltendem Schnupfen / Behinderter Nasenatmung / Nasenbluten?

Schnarchen Sie?

Hals:

Haben Sie Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?

Ist Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?

Sind Ihnen die Mandeln entfernt worden?

Brust- und Bauchbereich:

Leiden Sie unter Herzbeschwerden wie: Stechen / Druckgefühl / Schmerzen / Rhythmusstörungen /
Infarkt?

Leiden Sie unter Husten / Asthma / Atemnot / häufigen Bronchialinfekten?

Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Während oder nach dem Essen?

Haben Sie Beschwerden nach dem Verzehr von fetten, scharfen oder rohen Speisen?

Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?

Leiden Sie an: Übelkeit / Erbrechen / Sodbrennen / Gallensteinen / Koliken / Hepatitis /
Magengeschwür / Appetitlosigkeit / Völlegefühl

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhls wie: Verstopfung / Durchfall / Schmerzen /
früherer Darmverschluss

Leiden Sie an: Blähungen / Hämorrhoiden / Darminfektionen / Blinddarmentfernung

Wie oft haben Sie Stuhlgang? Mehrfach täglich / einmal täglich / jeden 2.-3.-4. Tag / unregelmäßig

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Farbe oder Menge des Stuhls aufgefallen? Blut?

(Normale Stuhlkonsistenz: Schnittfest, Farbe: Braun)

Unterleib:

Leiden Sie an: Nierensteinen / Nierenschmerzen / Blasenentzündungen / Blut im Urin / Inkontinenz

Werden Sie Nachts regelmäßig vom Harndrang geweckt?

Männer: Haben Sie Beschwerden der Prostata? Entzündungen / Vergrößerung / Schmerzen beim Wasserlassen ?

Frauen: Leiden Sie an: Eierstockentzündungen / Endometriose / Zysten / Myomen / gutartigen Tumoren / starken Menstruationsbeschwerden / Schmerzen in den Brüsten?

Frauen: Hatten Sie Ausschabungen / Fehlgeburten? Wann/ Wie viele

Frauen: Leiden Sie unter klimakterischen Beschwerden? Welche?

.....

Leiden Sie unter: Geschlechtskrankheiten / Beschwerden beim /nach Geschlechtsverkehr / Juckreiz / Libidoverlust?

Welche Art von Verhütungsmitteln benutzen Sie?

Extremitäten:

Leiden Sie an: geschwollenen, steifen Gelenken / Gefühlsstörungen / Zittern / eingeschlafenen, kalten Händen / Füßen?

Beschreiben Sie

Haben Sie (ausstrahlende) Schmerzen / Bewegungseinschränkungen in Muskeln, Sehnen oder Gelenken?

Beschreiben Sie

.....

.....

Leiden Sie an Krampfadern / Wadenkrämpfen / Restless Legs / Krämpfen / Taubheit?

Beschreiben Sie

Rücken:

Leiden Sie an: Verspannungen / Beweglichkeitseinschränkungen / Schmerzen / „Hexenschuss“ / Blockaden / Bandscheibenvorfall ?

Beschreiben Sie

.....

.....

Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten tragen / lange sitzen (oder stehen)?

Sonstiges:

.....

Sonstiges:

Haben Sie Narben am Körper durch Operationen, Unfälle, Verbrennungen / Geburt etc.?

Zeigen Sie diese bitte bei der Untersuchung.

Leiden Sie unter: Hautveränderungen / Juckreiz / schnellen blauen Flecken /
Wundheilungsstörungen / Geschwüren?

Sonstiges:

Ziele:

Was ist Ihr Ziel für die Behandlung(en)? Kurz- und langfristig

.....

.....

Chronologie der Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen (z.B. Diabetes Mellitus, Tumore, Herzinkarkt, Rheuma, Covid etc.), Verletzungen (Bandscheibenvorfall, Tennisellbogen etc) oder Operationen (auch Unfälle) die Sie durchgemacht haben.