

ANAMNESE FRAGEBOGEN

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Strasse: _____ Tel. gesch.: _____
PLZ-Ort: _____ Handy: _____
Hausarzt: _____ E-mail: _____
Krankenkasse: _____ Zusatzver.: _____

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren? _____

Bitte unterstreichen Sie die Beispiele, sofern sie zutreffen oder antworten Sie in eigenen Worten. Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an die Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 Hauptbeschwerden)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1. _____
2. _____
3. _____

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser) ?

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operationen, Hautausschläge, Medikamente, USW...

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Grosseltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefässkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie?

Immunsystem

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensstörungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes usw.

Haben Sie Heuschnupfen? Ja Nein Wann? _____

Welche Pollen? _____

Welche Symptome? _____

Haben Sie Allergien Ja Nein Welche? _____

Symptome? _____

Haben Sie Unverträglichkeiten? Ja Nein Welche? _____

Symptome? _____

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika/Kortison behandelt?

Blutgruppe:

Rhesusfaktor:

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig? _____, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, mittags, abends, halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Haare: Haarausfall, kreisrunder, Schuppen, seit wann: _____

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makula-Degeneration, Lasertherapie, etc.

Ohren: links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

Zähne/Kiefer: bitte zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung Ja Nein

Weisheitszähne gezogen Ja Nein welche? _____

Gibt es wurzelbehandelte Zähne? Ja Nein welche? _____

Zahnfleischblutung Ja Nein

Gibt es tote Zähne? Ja Nein welche? _____

Empfindliche Zähne auf heiss/kalt Ja Nein welche? _____

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein wann? _____

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Womit wurde ausgeleitet? _____

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Nase: Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf: _____

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündung als Kind/heute, Halsschmerzen,

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrösserung, Operation, Hashimoto

Nerven/ Gehirn Schlaganfall, MS, Gürtelrose, Nervenverletzungen, Parkinson, etc...

BRUST – BAUCH - DARM

- Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten, sonstiges: _____
- Herz:** Beschwerden, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen _____
- Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: _____
- Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung _____
- Leber:** Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen, als früher _____
- Galle:** Steine, Kolliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, sonstiges _____
- Darm:** Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Bauchschmerzen _____
- Stuhlgang:** Frequenz: täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, Neigung z. Verstopfung, Neigung z. Durchfall
Konsistenz: hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, wechselhaft, schnittfest ☺
Gefühl nicht fertig zu werden, brauche viel Papier, brauche Toilettenbürste.
Farbe: hell, dunkel oder _____
- Niere/Blase:** Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/links, Reizblase, _____
- Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach _____

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen Kribbeln, kalte Hände, usw.
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füsse, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall
- Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, Hautallergien auf (Cremes etc.): _____

♀ BEREICH

- Gynäkolog:** Ausfluss – keinen, stark, weiss, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl: _____
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.
- Menses:** Wann war die erste Mens: _____ wann die letzte: _____

Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: _____
 Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange: _____
 Abstand der Regelblutungen: _____
 Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: _____
 Zwischenblutungen: _____
 Klimakterische Beschwerden: _____
 Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?: _____ seit wann? _____
 Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? _____

♂ BEREICH

Prostata: Vergrössert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen,
 häufiges nächtliches Wasserlassen
 Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? _____

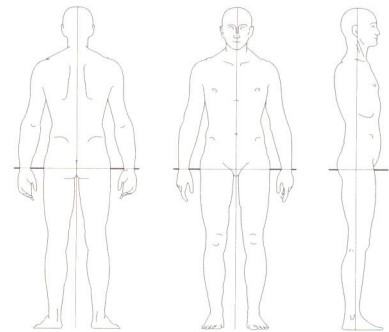
SCHMERZEN

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen

Kreuz - punktförmiger Schmerz
 Linie - unklare Schmerzlokalisierung
 Pfeil - ausstrahlender Schmerz
 Schmerzsкала für den Hauptschmerz

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

Wie ist das Schmerzempfinden? ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kribbelnd, reißend, kollikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Was verschlimmert? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____ Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Was verbessert? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, sonstiges: _____

Begleitende Symptome? Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, sonstiges _____

Bisherige Schmerzbehandlung? _____

Hatten Sie einmal einen Zeckenbiss? 0 Ja 0 Nein Hatten Sie einmal Borreliose? **0 Ja 0 Nein**

Wenn Ja - Wie wurden Sie behandelt? _____

ALLGEMEINES

Ihr aktuelles Körpergewicht _____ **Ihre Körpergröße** _____

Ihre Blutgruppe _____ **Ihr Blutdruck** _____

Wo haben Sie Narben? Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung – auch kleine eintragen

Psyche: Essstörungen, Depressionen, innere Anspannung, Erschöpfung, sonstiges: _____

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: _____). Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiss, heisse Füsse, Zähneknirschen, Schnarchen, Apnoe

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches aufstehen _____

Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten: _____ wie häufig: _____

Ernährung: Verlangen nach süss, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol
Abneigung gegen süss, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol
Allergien auf: _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? 0 Ja 0 Nein

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)

Nein / falls ja, welche? _____

Rauchen: ja / nein wie viele _____

Alkohol: wie häufig? _____

Trinken: wie viel Wasser, Tee, trinken Sie pro Tag? _____ Liter

Haustiere: Haben oder hatten Sie Haustiere? _____

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT Telefone? _____

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle? _____

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)? _____

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zur Zeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht) _____

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1-10) _____

Beruf: 😊 😐 😞 **Lebensumstände:** 😊 😐 😞

Erläuterung: _____

Möchten Sie etwas an Ihrem Alltag ändern? Wenn ja, was genau? _____

WELCHE MEDIKAMENTE/NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN?

Chronologie der Krankengeschichte

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