

## Anamnese Fragebogen

Name .....	Geburtstag .....
Vorname .....	Tel. privat .....
Straße .....	Tel. gesch. ....
PLZ-Ort .....	Fax .....
Familienstand .....	E-Mail .....

### Versicherung

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)  
 Beihilfe  
 Private Zusatzversicherung .....

Privat-Versicherung .....

### Beruf

.....

### Bei Kindern

Name und Adresse des Rechnungsempfängers

.....



# Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es, jene anzukreuzen, welche zutreffen. Ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

## Unter welchen Beschwerden leiden Sie (zunächst die 3 Hauptbeschwerden)?

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

Bitte bringen Sie die Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel mit, welche Sie einnehmen. Ebenso, falls vorhanden, den letzten Laborbefund.

## Aktuelle Medikamente, Menge der Einnahme

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....

## Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewendet?

(Z.B. Spritzen, Medikamente, Infusionen etc.)

.....

.....

.....

## Gab es kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ein besonderes Ereignis?

- |                 |                |             |         |
|-----------------|----------------|-------------|---------|
| Erkrankung      | Kummer         | Trauer      | Schreck |
| Operation       | Hautausschläge | Medikamente |         |
| Sonstiges ..... |                |             |         |



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

- |                   |                   |                        |
|-------------------|-------------------|------------------------|
| Krebs             | Asthma            | Schlaganfall           |
| Herzkrankheiten   | Gefäßkrankheiten  | Tuberkulose            |
| Depressionen      | Epilepsie         | Geschlechtskrankheiten |
| Diabetes Mellitus | Rheuma            | Nierensteine           |
| Gallensteine      | Multiple Sklerose | Gicht                  |
| Schuppenflechten  | Allergien         | Neurodermitis          |

Sonstiges .....

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

- |                   |                       |                              |
|-------------------|-----------------------|------------------------------|
| Tuberkulose (BCG) | Polio (Kinderlähmung) | Tetanus                      |
| Diphtherie        | Keuchhusten           | Masern                       |
| Röteln            | Mumps                 | Humanes Papillomavirus       |
| Hepatitis         | Cholera               | H1N1 (Schweinegrippe)        |
| Pocken            | FSME                  | Haemophilus Influenzae (HIB) |
| Grippe            | Gelbfieber            | Varizellen (Windpocken)      |

Sonstiges .....

**Gab es Reaktionen auf die Impfung?**

- |         |                         |                 |
|---------|-------------------------|-----------------|
| Krämpfe | Unruhe                  | Schlaflosigkeit |
| Fieber  | Verhaltensveränderungen |                 |

Sonstiges .....

**Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?**

- |                             |               |                   |                     |
|-----------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| Hirnhautentzündung          | Mumps         | Röteln            | Keuchhusten         |
| Tetanus                     | Kinderlähmung | Malaria           | Windpocken          |
| Scharlach                   | Salmonellose  | Ruhr              | Syphilis            |
| Tuberkulose                 | FSME          | Herpes            | Gonorrhoe (Tripper) |
| Borreliose                  | Masern        | Tropenkrankheiten |                     |
| Pfeiffer'sches Drüsenfieber |               |                   |                     |

Sonstiges .....

**Haben Sie schon einmal eine Antibiotika oder Kortison Behandlung bekommen?**

Antibiotika Wann und wie oft? .....

Kortison Wann und wie oft? .....





## Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja, wie häufig? .....

morgens	abends		
Stirn	Augen	Schläfen	Hinterhauptregion
halbseitig links	halbseitig rechts	doppelseitig	

Auslöser der Kopfschmerzen? .....

## Leiden Sie unter Schwindel?

Nein	Ja	
schwankend	drehend	mit Übelkeit und/oder Erbrechen

Sonstiges .....

## Leiden Sie unter Sehstörungen?

Nein	
Ja	Welche? .....

## Haare

Haarausfall	kreisrunder Haarausfall	Schuppen
-------------	-------------------------	----------

Seit wann .....

## Augen

Bindehautentzündung	Grauer Star	Grüner Star	Lasertherapie
Makuladegeneration	kurzsichtig	weitsichtig	Brillenträger
Kontaktlinsenträger	Gerstenkörner		

Sonstiges .....

## Ohren

Schmerzen	Wo? .....
-----------	-----------

Mittelohrentzündung	links	rechts	beidseitig
Schwerhörigkeit	links	rechts	beidseitig
Geräusche	links	rechts	beidseitig



## Zähne/Kiefer

Nein

Ja

Häufige Zahnarztbesuche

Zahnfleischblutung

Weisheitszähne gezogen

Welche: .....

Gibt es wurzelbehandelte Zähne

Welche: .....

Gibt es tote Zähne

Welche: .....

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt

Welche: .....

Wurde bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt

Wann: .....

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt

Womit wurde ausgeleitet? .....

## Zahnfüllmaterialien aktuell

Amalgam

Implantate

Gold

Kunststoff

Keramik

Sonstiges .....

## Nase

Heuschnupfen

Polypen

Nasenbluten

Trockene Nase

Schnarchen

Nasennebenhöhlenentzündung

## Operationen

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

## Allergien

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

## Hals

Operation

häufige Mandelentzündungen als Kind/heute

Halsschmerzen

Mundgeruch

## Immunsystem

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber? .....

Wie hoch und wie lange? .....





## Galle

Fettunverträglichkeit      Druck im Oberbauch      Steine      Koliken  
Operationen .....  
Sonstiges .....

## Magen

Gastritis      Völlegefühl      Sodbrennen  
Appetitlosigkeit      Nahrungsmittelallergien  
Sonstiges .....

## Darm

Blinddarmoperation      Hämorrhoiden      Infektionen      Pilze  
Blähungen Geruch .....  
Sonstiges .....

## Stuhlgang

Täglich      Unregelmäßig      Ca. jeden 2./ 3./ 4./ ..... Tag

Riecht nach .....

Neigung zu Verstopfungen      Neigung zum Durchfall  
Stuhl hell      Stuhl dunkel      Übel riechend      Pastenartig  
Knollig      Weich      Schmierig  
Gefühl nicht fertig zu werden      Stuhlgang wechselhaft  
Brauche viel Papier/Toilettenbürste  
Sonstiges .....

## Niere/Blase

Nierensteine      Reizblase      Häufige Entzündungen

Stechen im Rücken      Rechts      Links

Sonstiges .....







## Gynäkologie

Ausfluss

keinen                      stark                      weiß                      gelb                      übel riechend

Schmerzen                      Ausschabung                      Eierstockentzündungen                      Fehlgeburten

Geburten

Kaiserschnitt                      PDA                      Wann? .....

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? .....

## Regelblutung

Wann war die erste Periode? .....

Wann die letzte Periode? .....

Zykluslänge? .....

Blutungen sind                      hell                      dunkel                      klumpig                      braun

Sonstiges .....

Regelblutung ist                      stark                      schwach                      ausbleibend

dauert wie lange? .....

regelmäßig                      unregelmäßig

Beschwerden                      vor                      nach                      während der Regel

Welche? .....

Zwischenblutungen?                      Ja                      Nein

## Klimakterische Beschwerden

Hitzewallungen und Herzrasen                      Schlafstörungen  
Depressive Verstimmungen                      Trockenheit und Infektionen der Scheide

Sonstiges .....

## Verhütungsmittel

Welche .....                      Seit wann .....



## Prostata

Entzündungen                      vergrößert                      Beschwerden beim Wasserlassen  
häufiges Wasserlassen

Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? .....

## Allgemeines Befinden

Müdigkeit                      schnelle Erschöpfung                      wenig Belastungsfähig  
öfter gereizt

## Schlaf

Schlaflosigkeit                      Nachtschweiß                      Schwierigkeiten beim Einschlafen  
Zähneknirschen                      Unruhe in den Beinen

Häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit .....Uhr)

Schlafdauer .....

Schlafmittel .....

## Träume

Gegen Morgen      Keine      Schön      Realitätsnah      Albträume

## Treiben Sie Sport?

Ja                      Nein

Sportarten .....

.....

Wie häufig? .....

## Ernährung

Appetit auf                      salzig                      pikant                      Fleisch                      sauer                      süß

Heißhunger auf .....

## Nahrungsmittelallergien

Laktose      Fruktose      Gluten Unverträglichkeit      Histamin-Unverträglichkeit

Sonstiges .....



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

Nein Ja

Welche? .....

Was essen Sie?

Morgens .....

Mittags .....

Abends .....

Wie ist Ihr Appetit? .....

Essen Sie regelmäßig? Ja Nein

Größe .....

Gewicht .....

Gewichtsentwicklung Zunehmend Abnehmend Gleichbleibend

## Trinken

Wieviel trinken Sie am Tag? ..... Liter

Was trinken Sie? .....

.....

.....

## Genussmittel

Rauchen Sie?

Nein Ja Seit wann .....

Wie viele Zigaretten am Tag .....

Wann damit aufgehört .....

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja Wie häufig .....

Was für Alkohol .....



Nehmen Sie Rauschmittel?

Nein                      Ja

Welche .....

.....

Wie oft .....

## **Haustiere**

Haben oder hatten Sie Haustiere?

Nein                      Ja

Welche? .....

## **Häuslicher Bereich**

Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

.....

.....

Gab es Renovierungen, Schimmelbefall, nasse Wände, neuer Teppichboden etc.?

Nein                      Ja                      Welcher Art? .....

## **Reisen**

Gab es Auslandsreisen?

Nein                      Ja

Wohin? .....

## **Schadstoffexposition**

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle, o. ä.

Nein                      Ja

Welche? .....

.....



**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige körperliche Verfassung?**

(1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

.....

**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung?**

(1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

.....

**Sind Sie zufrieden?**

Ja      Nein

Berufliche Situation

Ehe-/Partnerschaft

Finanzielle Situation

**Nennen Sie Ihre drei wichtigsten Ziele für die Behandlung.**

.....

.....

.....