

Anamnesebogen

Seite 1

Name, Vorname:	Datum:
E-Mail:	Telefon-Nr.:
Anschrift:	Beruf:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:

Liegt eine ärztliche Diagnose vor?	Nein <input type="checkbox"/>
Ja, und zwar:	Name des Arztes:
Bitte bringen Sie zum Ersttermin evtl. vorhandene Laborwerte bzw. Arztberichte mit	

Impfungen während des 1. Lebensjahres?	
Weitere Impfungen?	

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Bitte beschreiben sie die aktuellen Beschwerden, Symptome, und/oder Krankheiten?

**Seit wann haben Sie diese Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten?
Welche Ursachen oder Gründe gibt es, Ihrer Meinung nach, für deren Entstehen?**

Bitte beschreiben Sie den Verlauf und die Ausbreitung der Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.

Bitte messen Sie 2 Tage vor dem morgendlichen Aufstehen Ihre Temperatur unter der Achsel und tragen Sie diese hier ein. (wenn möglich kein Digitalthermometer benutzen)

Tag 1 _____°C

Tag 2 _____°C

Haben oder hatten Sie Beschwerden oder chronische Erkrankungen in folgenden Bereichen?			
Kopfbereich	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen <input type="checkbox"/> Mandeln	Zähne	<input type="checkbox"/> wurzelbehandelte Zähne <input type="checkbox"/> Weisheitszähne <input type="checkbox"/> Parodontose / Parodontitis
Verdauungsbereich	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Stuhlgang <input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse Wenn Sie hier ein Kreuz setzen, dann sollten Sie bitte den Anamnesebogen für Magen-Darm-beschwerden ausfüllen. Vielen Dank!	Niere/Blase	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Blaseninfekte <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen <input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Nierenbecken-entzündung <input type="checkbox"/> Senkniere
Herz-Lunge	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Bronchitis	Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/> Arthrosen <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Schmerzen in Muskeln und Sehnen
Stoffwechsel-erkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes I / II <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Nikotin / Alkohol <input type="checkbox"/> Erschöpfung/ Müdigkeit	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße <input type="checkbox"/> Energielosigkeit <input type="checkbox"/> Haarausfall
Allergien	<input type="checkbox"/> Birke, Hasel, Erle <input type="checkbox"/> Beifuß <input type="checkbox"/> Gräser <input type="checkbox"/> sonstige Wenn Sie hier ein Kreuz setzen, dann sollten Sie bitte den Anamnesebogen für Magen-Darmbeschwerden ausfüllen. Vielen Dank	Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Histamin <input type="checkbox"/> Gluten Wenn Sie hier ein Kreuz setzen, dann sollten Sie bitte den Anamnesebogen für Magen-Darmbeschwerden ausfüllen. Vielen Dank

<p>Haben Sie Narben?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Kaiserschnittnarben <input type="checkbox"/> Dammschnitte <input type="checkbox"/> Narben durch Bauch- oder Brustoperationen <input type="checkbox"/> Piercings <input type="checkbox"/> Narben in für den Untersucher schlecht sichtbaren Körperbereichen) </p>
---------------------------------	---

<p>Sind die Beschwerden abhängig von der Tageszeit?</p>	<p> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> </p>
<p>Wenn ja, wann</p>	

Welche Therapien sind bislang durchgeführt worden und welche Ergebnisse haben sie erzielt?

Was oder welche Umstände verschlimmern die Beschwerden?

Was oder welche Umstände lindern Ihre Beschwerden?

Was hilft Ihnen, was tut gut?

Wie schlafen Sie? (tief, oberflächlich, unruhig, werden Sie öfter wach oder schlafen Sie durch?)

Wenn Sie nachts aufwachen, zu welcher Uhrzeit wachen Sie auf und was denken Sie könnte die Ursache sein?

Wie wachen Sie morgens auf? (ausgeruht oder gerädert, schmerzfrei oder mit Schmerzen?)

Verstärken sich die Schmerzen gegen Morgen?

Was wünschen/erhoffen Sie sich von der Behandlung in meiner Praxis und wie wäre das, Ihrer Meinung nach, erreichbar?

Wie viel Zeit sind sie bereit täglich für Ihre körperliche und seelische Gesundheit zu investieren?

10 – 30 Min.

30 – 60 Min.

mehr als 1 Std

Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft (Mehrfachantworten möglich)

ich lebe mit Ehepartner/Partner

ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern

ich lebe mit Kindern

ich lebe allein

ich lebe mit anderen Verwandten

ich lebe mit Freunden/Bekanntem

Ändern sich Ihre Beschwerden im Urlaub ?

Wie viel % besser oder schlechter ?

_____ %besser _____ %schlechter

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Lage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiäre Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zu Freunden, Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insgesamt mit dem Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre persönlichen Lebensumstände und auf Ihre Stimmungslage?

Wie viel Prozent haben Sie - Ihrer Einschätzung nach - durch Ihre Beschwerden/Erkrankung an Lebensqualität verloren?

ca. 20% 50% 70% mehr als 70%

Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit – Studium – Schule – Kindergarten) ?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit