

Anamnese

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und bringen diesen zum ersten Termin mit. Der Fragebogen ersetzt nicht das persönliche Gespräch, bietet aber die Möglichkeit, wichtige Details zu erfassen.

Nachname Geburtsdatum

Vorname Festnetz

Straße Mobil

PLZ/Ort E-Mail

Krankenkasse Beihilfe

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Bei Minderj. Namen der Erziehungsberechtigten

Beruf Familienstand Kinder

Sind Sie schwanger? Wenn „ja“, in welcher Woche? Ja, in Woche Nein

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Cortison über einen längeren Zeitraum? Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

Schmerzmittel? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Blutverdünner? Ja Nein

Schilddrüsenmedikamente? Ja Nein

Blutdrucksenker? Ja Nein

Lipidsenker? Ja Nein

Pille/Hormone? Ja Nein

Psychopharmaka? Ja Nein

Haben Sie ungewollt auffällig an Gewicht verloren oder zugenommen?

Ja Nein

Ihr aktuelles Körpergewicht kg Körpergröße cm

Haben Sie schwere Vorerkrankungen durchlebt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Befinden Sie sich aktuell in einer Behandlung?

Ja Nein

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? sehr wenig belastbar sehr stark belastbar

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Schmerzen und Narben

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

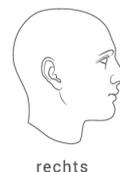
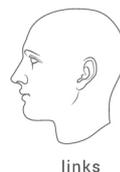
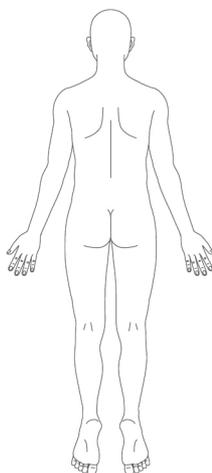
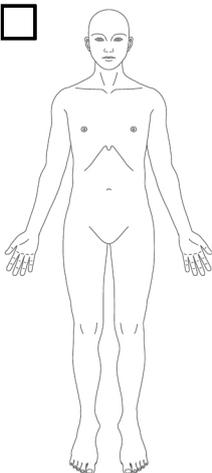
Immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich seltener

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Bisherige Schmerzbehandlung

Wenn Sie diesen Fragebogen digital am Rechner oder am mobilen Gerät ausfüllen, überspringen Sie den nächsten Punkt und zeichnen die Bereiche ein, wenn Sie die Seiten ausgedruckt haben.

Bitte zeichnen Sie die Bereiche entsprechend farbig ein:



Schmerzort: **rot**
Ausstrahlung: **orange**
Narben: **grün**

Tragen Sie bei jedem Schmerzort auch die Intensität ein:
Eine Zahl von 1 bis 10, wobei 10 der größtmögliche Schmerz ist.

Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend brennend stechend klopfend drückend ausstrahlend
reißend kolikartig krampfend dumpf beengend bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz?

körperliche Belastung längeres Stehen Sitzen Gehen Stress Kälte
Wärme Nahrungsmittel husten niesen Tageszeit Wetterlage
Monatsblutung Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern den Schmerz?

Ruhe Schlaf Bewegung Kälte Wärme Sport Schmerzmittel Urlaub
Sonstiges

Andere Symptome zum Schmerz?

Hautrötung Blässe Schwellung Berührungsempfindlichkeit Schweißbildung
Seh- oder Hörstörungen Gangunsicherheit Muskelschwäche Müdigkeit Schwindel
Bewegungseinschränkung Sonstiges

Gab es Auffälligkeiten bei Ihrer eigenen Geburt?

Zange Saugglocke Kaiserschnitt Blutgruppenunverträglichkeit Frühgeburt
Stürze Atemnot Operationen Sonstiges

Gab es Probleme in Ihrer Kindheit?

Entwicklungsverzögerungen Verhaltensauffälligkeiten Gipsbett
viele Allergien oder häufige Infekte Sonstiges

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Nur Eltern und Geschwister.

Krebs Tuberkulose Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten Schlaganfall Asthma
Zuckerkrankheit Rheuma Nierensteine Gallensteine Multiple Sklerose Gicht
Allergien Schuppenflechte Neurodermitis Migräne Thrombose
Lungenembolie psychische Erkrankungen

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

HIV Masern Röteln Mumps Keuchhusten Windpocken Scharlach
Tetanus Kinderlähmung (Polio) Malaria Salmonellose Pfeiffersches Drüsenfieber
Tropenkrankheiten Tuberkulose Herpes Simplex Gürtelrose
Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C viele Allergien oder häufige Infekte

Welche schweren Erkrankungen und Traumata haben Sie durchgemacht? Bitte mit Jahresangabe.

Unfall Knochenbruch Gehirnerschütterung
Schock schwerer Sturz

Stoffwechsel: Leiden Sie unter: Diabetes Gicht Schilddrüsenerkrankungen
Gelenkerkrankungen/Arthritis/Arthrose Allergien/Unverträglichkeiten
Epileptiforme Anfälle oder Krämpfe Multiple Sklerose

Rücken: eingeschränkte Beweglichkeit Verspannungen Bandscheibenvorfall Schmerzen
Morgensteifigkeit Operationen

Arme: Verletzungen Schmerzen Kribbeln Tennisellenbogen kalte Hände
ausstrahlende Schmerzen Operationen

Beine/Füße: Schmerzen Krampfadern Verletzungen ausstrahlende Schmerzen
Thrombose Schwellungen kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl Einlagen
orthopädische Schuhe Operationen

Kopf: Spannungskopfschmerz einseitig beidseitig wechselnd
Migräne Begleiterscheinungen

Augen: Tragen Sie eine Brille/Linsen? Ja Nein

Wenn ja: seit wann? kurzsichtig weitsichtig

Hatten/haben Sie: Bindehautentzündung Grauen Star

Makuladegeneration erhöhten Augeninnendruck

Ohren: Tinnitus re / li seit

Schwerhörigkeit re / li seit Hörgeräte re / li seit

Mund/Zähne: Haben Sie Zahnersatz? Ja Nein Wenn ja: wo?

Haben / hatten Sie Wurzelbehandlungen? Ja Nein Wenn ja: wo?

Haben Sie Kiefergelenkprobleme? Ja Nein

Haben Sie Mundtrockenheit? Ja Nein

Hals/Nase: Schnarchen häufige Infekte trockene Schleimhäute Lymphknotenschwellung

Schluckstörungen / häufiges Räuspern Heiserkeit Operationen

Herz: Bluthochdruck Engegefühl Druckgefühl Atemnot Rhythmusstörungen

Infarkt Herzschrittmacher Operationen

Niere/Blase: Steine Kolik Fehlbildungen Blasenentzündungen

Nierenbeckenentzündungen Inkontinenz Beschwerden beim Wasserlassen Restharn

Operationen

Lunge: häufig Husten Fremdkörper Atemnot chron. Bronchitis

COPD Asthma Rauchen wenn ja wie viel Lungenembolie

Operationen

Leber/Galle: Hepatitis Vergrößerung Zirrhose Tumore

Wie häufig trinken sie pro Woche Alkohol? Nie 0-1x 1-2x 3-4x 5-6x täglich

Steine Koliken Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit

Operationen

Magen: Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Geschwür Sodbrennen

Operationen

Darm: aufgeblähter Bauch Hämorrhoiden Blut Blinddarmoperation

häufige Verstopfung häufiger Durchfall chronisch entzündliche Darmerkrankung

(weitere Punkte zum Darm siehe nächste Seite)

Unverträglichkeiten/Nahrungsmittelallergien

Operationen

Haut: Neurodermitis Schuppenflechte Juckreiz Allergien

Gynäkologie: Anzahl Schwangerschaften Anzahl Geburten

Operationen

Regelschmerzen Wechseljahresbeschwerden Hormonelle Verhütungsmittel Spirale

Schlaf: Wachen Sie erholt auf? Ja Nein

Schlaflosigkeit häufiges Erwachen Schwierigkeiten beim Einschlafen

Unruhe in den Beinen Nachtschweiß Zähneknirschen Schnarchen

Schlafdauer ca. Std

Möchten sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

Abschließend noch eine letzte Frage:

Wie sind Sie auf mich und meine Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Google Website Social Media persönlicher Kontakt

sonstiges

Bitte bringen Sie weitere relevante Berichte und Befunde zum Termin mit (gerne in Kopie).

Bitte drucken Sie den Anamnesebogen aus, um ihn unterschrieben zu unserem Gespräch mitzubringen.

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte) _____