

Anamnesebogen Erwachsener

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Telefon privat: _____

Straße: _____ Telefon Beruf: _____

PLZ- Ort: _____ Fax: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/ Kinder: _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK,TKK usw.) Beihilfe/Post

Privat- Versicherung (+Tarif): _____

private Zusatzversicherung: _____

Bitte geben Sie den genauen Tarif an, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden!

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so gut wie möglich aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit!

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

Was war vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Operation, Unfall, Sturz, Schwangerschaft, Geburt, Trauer, Medikamente, Hautausschlag usw.

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes mellitus, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Arthrose, Osteoporose, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, Herzinfarkt usw.:

An welchen Infektionskrankheiten erkrankten Sie?

Borelliose, Gürtelrose, Hepatitis, Herpes Simplex, Kinderlähmung (Polio), Keuchhusten (Pertussis), Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Röteln, Ruhr, Salmonellose, Scharlach, Syphilis, Tetanus, Tuberkulose, Tropenkrankheiten usw.

Gibt es Allergien?

ja

nein

Pollen/wann _____

Lebensmittel _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Haben Sie Narben? Wo?

1. Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja

- häufig selten Stirn- Augen- Hinterhauptsregion morgens abends halbseitig
 links rechts doppelseitig

Haare

- Haarausfall kreisrunder vereinzelt, seit wann: _____

Augen

- Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig Grauer Star Makuladegeneration usw.
Tragen Sie eine Brille? nein ja, letzte Kontrolle: _____

Ohren

- links rechts Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____
 andere _____
Tragen Sie ein Hörgerät nein ja, letzte Kontrolle: _____

Zähne/ Kiefer

- Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja nein
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ja nein
Haben Sie Implantate? ja nein
Haben Sie eine Zahnspange? ja nein
Haben Sie Kiefergelenksprobleme? ja nein rechts links
Haben Sie eine Zahnschiene? (Knirschen, CMD) ja nein

Zahnfüllmaterialien

- Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase

- Operationen Nasennebenhöhlenentzündung behinderte Nasenatmung

Mandeln

- Operationen Mandelentzündung heute/ als Kind

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation Hashimoto

2. Brust/ Bauch

- Herz** Beschwerden Stechen Druckgefühl Infarkt Beklemmung
 Rhythmusstörungen Herzschrittmacher Bypass- OP Operation
- Lunge** Bronchitis Asthma bronchiale Lungenemphysem Pneumothorax häufig Husten
 Entzündungen Operation
- Leber** Hepatitis Zirrhose Fettleber Operation
- Galle** Steine Koliken Operation Druck im Oberbauch Fettunverträglichkeit
- Magen** Völlegefühl Gastritis Appetitlosigkeit Geschwür Sodbrennen Operation
- Darm** Infektion Hämorrhoiden Blinddarmoperation Blähungen- Geruch
- Stuhlgang** täglich jeden 2.3.4. Tag unregelmäßig, riecht nach _____
 Neigung zu Verstopfungen Neigung zu Durchfall
- Konsistenz: geformt weich hart, knollig schmierig hell dunkel übelriechend kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden Stuhlgang wechselhaft usw.

3. Rücken, Arme, Beine

- Arme** Verletzungen Schmerzen Kribbeln Einschlafen Tennisellenbogen kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen Schmerzen Krampfadern Kribbeln Taubheitsgefühl kalte Füße usw.
- Rücken** Schmerzen Verspannungen Rheuma Operationen Bandscheibenvorfälle usw.
- hatten Sie einen Unfall mit Wirbelsäulenbeteiligung? (z.B. Schleudertrauma, Skiunfall....)
- nein ja wo _____ wann _____

4. Unterleib/Gynäkologie/ Urologie

- Gynäkologie** Ausfluss Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten Tumore Zysten
 Myome Endometriose Gebärmutterentfernung Geschlechtskrankheiten
- Menses** wann war die erste Menses _____ wann die letzte _____
- Beschwerden vor während nach der Regel- welche _____
- klimakterische Beschwerden
- Anzahl Schwangerschaften _____ Anzahl Geburten _____
- Einnahme der Pille ja nein Träger Hormonspirale ja nein
- besteht ein unerfüllter Kinderwunsch ja nein
- Prostata** vergrößert Entzündung gehabt Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/ Blase** Nierensteine Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen

Datum, Unterschrift _____