

Anamnesebogen

Erwachsene

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon privat
Straße	Handy
PLZ Ort	Fax
Hausarzt	Email
Beruf / Ausbildung	

Versicherung

Gesetzliche KV
Beihilfe
Privat

So beantworten Sie die Fragen

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Anamnesebogen genau auszufüllen, damit während der Sprechstunde alle wesentlichen Informationen bereits vorhanden sind und nicht zusätzlich erfragt werden müssen. Bei den Beispielen können Sie das **Zutreffende unterstreichen**; ansonsten bitte **mit eigenen Worten** beantworten.

Wichtig Bitte schreiben Sie **hinter jedes Symptom eine Zahl** von 1 bis 10 (1= sehr sehr gering, 10 = extrem stark **und in welchem Jahr** es zum ersten Mal aufgetreten ist, z.B. Kopfschmerzen 5 '95

Bitte in die Praxis mitbringen

- regelmäßig eingenommene Medikamente mit (nicht nur die Beipackzettel)
- aktuelle Laborwerte
- Arztberichte und evtl. eine Panorama-Aufnahme des Kiefers
- Impfausweis

Was sind Ihre 3 Hauptbeschwerden? Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1. _____

2. _____

3. _____

Gab es kurz vor dem ersten Auftreten der aktuellen Beschwerden etwas Ungewöhnliches, das vielleicht als Auslöser gewirkt haben könnte?

z.B. eine Erkrankung, Hautausschläge, eine Operation, ein Medikament, eine emotionale Belastung (Trennung, Trauer, Schock, ...),

1. Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

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

z.B.: Krebs, Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzkrankheit, Gefäßerkrankungen, Asthma, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Magengeschwüre, Gicht, Allergien, Psoriasis, Neurodermitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Multiple Sklerose, M. Parkinson, M. Alzheimer, Epilepsie, Depressionen, Suizid, Psychosen, Suchterkrankungen, usw. ...

Welche der regulären Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, HIB, Polio, Hepatitis, Tuberkulose (BCG), Cholera, Gelbfieber, Pocken, FSME, Grippe,

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B.: Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, ...

Corona-Impfung: wann 1. _____ wann 2. _____

welcher Impfstoff? _____

Reaktionen: _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Hepatitis A / B / C / D / E, HIV, Tuberkulose, Tropenkrankheiten,

Haben Sie schon mal Antibiotika oder Cortison genommen?

Wenn ja, welches Präparat wurde eingesetzt?

2. Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Nie Selten Häufig: _____

Wo? Stirn Augen Schläfen Hinterkopf
 halbseitig links / rechts beidseits

Wann? Morgens Abends den ganzen Tag gleich

Auslöser:

Was hilft?

Was verschlimmert?

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

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, Grüner Star, kurzsichtig, weitsichtig,
 Makuladegeneration, Gerstenkorn, ...
Wo? rechts, links, beide Augen

Ohren: Mittelohrentzündung, Innenohrentzündung, Schwerhörigkeit, Taubheit,
 Schmerzen, Geräuschüberempfindlichkeit, ...
Wo? Rechts, links, beide Ohren

Zähne: Weisheitszähne gezogen ja nein welche
 Wurzelbehandelte Zähne ja nein welche
 Tote Zähne ja nein welche
 Empfindliche Zähne heiß/kalt ja nein welche
 Implantate ja nein welche Keramik/Titan?
 Zahnfüllmaterialien aktuell:
 Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate
 Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wann?
 Womit wurde nach Amalgamentfernung ausgeleitet?

Kiefer: Malokklusion
 Korrektur durch feste Spange, lockere Spange / Bionator

Mandeln: häufige Mandelentzündungen als Kind / heute, Mandeloperation,
 Halsschmerzen, Mundgeruch

Nase: Nasenscheidewand abweichend, Polypen, Operationen, Heuschnupfen, Allergien
 Nebenhöhlenentzündung, Schnarchen, Schlafapnoe-Syndrom

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten heiß / kalt,
 Autoimmunerkrankung, Operation

Haut: Ausschläge, Akne, Akne inversa, Psoriasis, Neurodermitis
 schlecht heilende Wunden, Narbenkeloide

3. Neurologie

Gehirn: Schlaganfall, M. Alzheimer, M. Parkinson, Multiple Sklerose
 Epilepsie: welche? Anfälle wie häufig?

Rückenmark: Bandscheibenvorfall / Spinalkanalstenose mit Rückenmarkskompression
 Transverse Myelitis, ALS

Periphere Nerven: Polyneuropathie: Symptome?
 Lähmung
 Nervenschmerzen

4. Brust / Bauch

Herz: Stechen, Druckgefühl, hoher/niedriger Puls, Rhythmusstörungen
 Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP, Angina pectoris, Beklemmungen

Blutdruck: wann zuletzt gemessen? Ergebnis:

Lunge: Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung
 Asthma bronchiale, COPD, Emphysem, Lungenfibrose
 Rauchen Sie? Wie viel? Seit wie vielen Jahren?

Brustdrüsen: Knoten, Zysten, Beschwerden, Operation

- Leber:** Hepatitis, Fettleber, vergrößerte Leber, Leberzirrhose
Alkoholkonsum: nie selten täglich Abhängigkeit
- Gallenblase:** Gallensteine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Operationen?
- Magen:** Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Reflux, Nahrungsmittelallergien
Gastritis, Magengeschwür
- Darm:** Infektionen: bakteriell, viral, Pilze (Candida etc.), Parasiten, Reisedurchfall
Neigung zu Hämorrhoiden / Blähungen (Geruch: _____)
Blinddarm-Operation
- Stuhlgang:** täglich, jeden 2. / 3. / 4. ... Tag, unregelmäßig
Neigung zu Verstopfung / Durchfällen, Reizdarm-Syndrom, Leaky-Gut
Stuhl: hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig;
wechselhaft, brauche viel Papier / Toilettenbürste, Gefühl nicht fertig zu werden.
- Niere:** Nierensteine, Entzündungen, häufig Stechen im Rücken rechts / links
Nierenversagen, Dialyse
- Blase:** Blasenentzündung aktuell / häufig, Inkontinenz
- Urin:** viel, wenig, häufig, hell, dunkel, bräunlich, schaumig, flockig,
riecht nach:

6. Frauengesundheit

- Ausfluss:** keinen, stark, schwach, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche,
Schmerzen, Juckreiz

- Schwangerschaften:** wie viele? Wann?
Natürliche Geburt / Kaiserschnitt
Komplikationen: Eklampsie, Präeklampsie,
Schwangerschaftsdiabetes, Frühgeburt, Fehlgeburt, ...
Ausschabung / Abtreibung

- Eierstöcke:** Zysten, PCOS, Tumore

- Gebärmutter:** Myom, Karzinom, Hysterektomie

- Menses:** Beginn mit ____ Jahren
Wechseljahrsbeginn: Menopause:

- Blutungen:** hell, dunkel, klumpig, braun
stark, schwach, dauert wie lange
Abstand der Regelblutungen:
Zwischenblutungen:

PMS: Krämpfe, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Reizbarkeit, Ödeme, Brustschmerzen,...

Klimakterische Beschwerden:

Hitzewallungen, emotionale Achterbahn, vaginale Trockenheit, ...

Eingesetzte Verhütungsmittel:

seit wann?

Letzter Termin beim Frauenarzt:

6. Männergesundheit

Prostata: Beschwerden beim Wasserlassen, benigne Prostatavergrößerung, Entzündung aktuell / gehabt
letzter Termin zur Krebsvorsorge:

7. Bewegungsapparat

Wirbelsäule: Beschwerden in HWS / BWS / LWS
Bandscheibenvorfall: wo? Wann?
Operation: Bandscheiben-OP, WS-Versteifung
Spinalkanalstenose, Gleitwirbel, Nervenwurzelentzündung
Osteoporose mit Wirbelkörperbruch

Gelenke: Schmerzen, Steifigkeit, Arthrose, Arthritis, Meniskus-Schaden, Gelenk-Ersatz
wo? Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Finger, Hüfte, Knie, Fußgelenk, Zeh

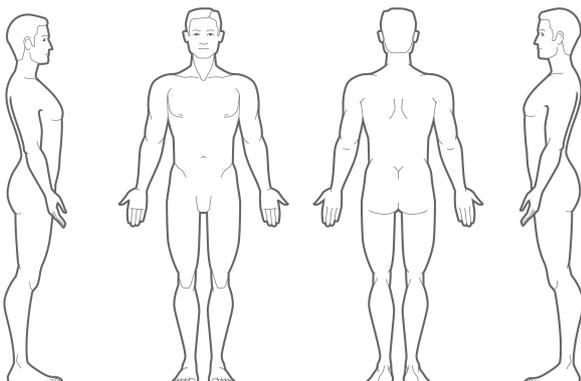
Muskeln: Muskelschmerzen, -schwund, -steifigkeit, -zuckungen, -schwäche
häufig Muskelkater nach geringer Anstrengung

Sehnen: Entzündung wo?
Gerissene Sehne (Achillessehne, Bicepssehne etc.), OP

Knochen: Osteoporose
Frakturen wie versorgt?
Fersensporn rechts/links seit
Knochenmetastasen wo?

8. Narben

Bitte Narben mit Jahreszahl der Entstehung eintragen:



9. Schlaf

Allgemein: Schlaflosigkeit, Einschlafschwierigkeiten, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: _____), morgendliches Früherwachen (Uhrzeit: _____), Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Sprechen im Schlaf

Träume: nicht rememberlich, gegen Morgen, schön, realitätsnah, das Tagesgeschehen verarbeitend, Albträume; in Farbe – schwarzweiß.

Schlafhygiene: **Tagesrhythmus:** Aufstehen um _____ Schlafengehen um _____
Schlafplatz: ruhig – laut, hell – dunkel, viele elektrische Geräte

10. Gewohnheiten

Ernährung ich esse alles / ich verzichte auf:
Nahrungsmittel-Allergien (mit Nachweis):
Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten:
Verlangen nach: süß – sauer – pikant – salzig – Fleisch – Eier – Obst
Abneigung gegen: süß – sauer – pikant – salzig – Fleisch – Eier – Obst

Trinken **Flüssigkeitsmenge pro Tag:**
Wasser, Kräutertee, Schwarzer/Grüner Tee, Kaffee, Saft, zuckerhaltige Getränke, Diät-Getränke, Energy-Drinks

Nikotin Wie viel pro Tag? Seit wann?

Alkohol Wie häufig? Was?

Sportarten: Wie häufig?
Aktueller Fitnesszustand: sehr gut gut mittel schlecht

Nutzung von elektronischen Geräten:
Handy, DECT-Telefon, Bluetooth-Telefone, W-LAN, ...
davon direkt am Schlafplatz:

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

11. Psychische Belastungen

Aktuelle Konflikte: innerhalb der Familie – am Arbeitsplatz – im Freundeskreis

Traumatische Ereignisse: wenn Sie wollen, können Sie hier eine kurze Zusammenfassung schreiben (Angabe nicht verpflichtend)

**Sind Sie in Behandlung bei einem Psychologen / Psychotherapeuten / Psychiater?
Welche Diagnose wurde gestellt?**

12. Therapieerfahrung

Welche Therapien haben Sie schon ausprobiert? Welche davon haben gut gewirkt?

Bitte schreiben Sie hier auch Infusionstherapie, Operationen, Physiotherapie, Psychotherapie und naturheilkundliche Behandlungen auf.

13. Aktuelle Medikation

14. Chronologie der Krankheitsgeschehens

In welcher Reihenfolge traten Ihre Beschwerden auf?

Bitte erfassen Sie dabei auch Operationen, Infektionserkrankungen und traumatische Ereignisse.