

Anamnese-Fragebogen

Datum: _____

Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____

Tel.-Nr. privat: _____
Tel.-Nr. dienst.: _____
Fax-Nr. _____
e-Mail-Adresse: _____

Familienstand: _____
Kinder (Anzahl/Alter): _____

Versicherung: _____

Gewicht: _____
Größe: _____
Blutdruck: _____

Temperatur: _____
Blutgruppe: _____
Puls: _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja
Rauchen Sie? nein ja
Treiben Sie Sport? nein ja

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
 nein ja

Aktuelle Beschwerden

Welche? _____
Seit wann? _____
Wie stark? _____
Wo? _____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente u.s.w.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle Ihre bisherigen Erkrankungen und Operationen.

Besonderheiten in der Schwangerschaft / bei Ihrer Geburt

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Geschwister

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Steinleiden (Nierensteine / Gallensteine) |
| <input type="checkbox"/> Selbstmord | <input type="checkbox"/> Gicht |

Belastungen am Arbeitsplatz/ Wohnort

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Chemikalien |
| <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Hitze _____ °C | |

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Essensunverträglichkeit / Abneigung

Was und wie viel Liter trinken Sie pro Tag?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

(auch Nahrungsergänzungsmittel und Abführmittel)

Augen:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bindehautentzündung | <input type="checkbox"/> Grauer Star |
| <input type="checkbox"/> kurzsichtig | <input type="checkbox"/> Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> weitsichtig | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Haare:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haarausfall: | <input type="checkbox"/> kreisrund | <input type="checkbox"/> vereinzelt |
| | seit: _____ | |

Ohren

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche (Tinnitus) | seit _____ |

Zähne

- | | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kiefer _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> in der Vergangenheit | | |
| Zahnfüllmaterial: | | | |
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik |

Nase

- Operationen wann: _____
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Polypen
- behinderte Nasenatmung

Mandeln

- Operationen wann: _____
- häufig Mandelentzündung als Kind / heute

Herz

- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt wann: _____
- Beklemmungen

Schilddrüse

- Überfunktion
- Unterfunktion
- Rhythmusstörungen
- Vergrößerung
- Operation wann: _____
- andere _____

Lunge

- Bronchitis
- andere
- Auswurf
- andere: _____

Galle

- Steine
- Koliken,
- Druck im Oberbauch
- Operationen wann: _____

Magen

- Operation
- Geschwür
- andere: _____

Darm

Stuhlgang

- täglich , jeden 2. 3. 4. Tag
- wechselhaft
- Blutbeimischungen oder -auflagerungen
- Durchfall hell dunkel übel riechend
- pastenförmig hart weich
- Verstopfung kann Stuhl nicht halten
- Gefühl, nicht fertig zu werden
- Völlegefühl Hämorrhoidenblutungen
- Appetitlosigkeit Magenspiegelung wann: _____
- Infektionen Operationen wann: _____
- Blähungen chronische Darmerkrankung
- Gastritis andere: _____

Niere / Blase

Harn

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> wenig |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> kann nicht gehalten werden |
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> Farbe: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen | |

Prostata

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> vergrößert | <input type="checkbox"/> Operation wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entzündungen | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |

Rücken

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Operation wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkte Beweglichkeit | |

Arme / Beine

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verletzungen | <input type="checkbox"/> Operation wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Kribbeln |
| <input type="checkbox"/> kalte Hände / Füße | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> eingeschränkte Beweglichkeit |

Haut / Nägel

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Warzen |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen | <input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel |

Gynäkologie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geburten | Anzahl: _____ wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | Anzahl: _____ wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden | <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach <input type="checkbox"/> während der Regel |
| | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutung außerhalb der Regel | |
| <input type="checkbox"/> andere | |

Nehmen Sie Verhütungsmittel? nein ja welche: _____

- | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <u>Sexualität</u> | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> verstärkt | <input type="checkbox"/> unbefriedigt |
| <input type="checkbox"/> Ausfluss | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Geschlechtsverkehr | | |
| <input type="checkbox"/> Ausschabungen | <input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen | | |
| <input type="checkbox"/> Zysten | <input type="checkbox"/> Tumore | | |
| | <input type="checkbox"/> Myome | | |

Wann war die erste Menses? _____

Klimakterische Beschwerden _____

Menopause mit _____

Allergien

- | | | |
|---|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | wann: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | welche: | _____ |
| <input type="checkbox"/> andere: | | _____ |

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht?

Welche **Geschlechtskrankheiten** haben Sie durchgemacht?

Welche **sonstigen Krankheiten** haben Sie durchgemacht?

Impfungen

Welche Impfungen bzw. Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> FSME (Zäcken) | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> andere: | _____ | |

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber, | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Hautausschläge, |
| <input type="checkbox"/> andere: | _____ |

Kopfschmerzen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> häufig, | <input type="checkbox"/> selten |
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> abends |
| <input type="checkbox"/> Stirn- | <input type="checkbox"/> Augen-Hinterkopregion |
| <input type="checkbox"/> halbseitig ⇒ | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> doppelseitig | |
| <input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit: | _____ |

Schlaf

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen – Uhrzeit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> heiße-kalte Füße | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |

Schlafzeit

übliches zu Bett gehen: _____ Uhr

übliches Aufstehen: _____ Uhr