

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Sie optimal behandeln, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person.

Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon

Versicherung

Allgemeine Fragen

Sind Sie regelmäßig in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung?

Nein / Ja

Wenn ja:

Hausarzt Zahnarzt Internist Orthopäde Psychologe/Psychotherapeut Osteopath

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Schlaganfall

Zuckerkrankheit / Diabetes Augenerkrankungen

Fettstoffwechselstörungen

Tumorerkrankungen

Lebererkrankungen

Chronische Infektionskrankheiten
(z.B. HIV, Hepatitis)

Blutungsstörungen
(z.B. Vit. K Mangel)

Psychische Erkrankungen
(z.B. Depressionen)

Krampfleiden
(z.B. Epilepsie)

Unfälle
(z.B. Schleudertrauma, Umgeknickt)

Neurologische Erkrankungen
(z.B. MS, Parkinson)

Hauterkrankungen
(z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)

Rheuma

Allergien
(z.B. Tiere, Medikamente, Creme)

Krebserkrankungen

Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein / Ja

Wenn ja welche?

Fragen im Detail:

Beschwerden in den Bronchien und der Lunge:

Nein / Ja

Häufige Bronchitis Lungenentzündung Asthma Allergische Atembeschwerden Atemnot

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich:

Nein / Ja

Bluthochdruck Zu niedriger Blutdruck Beklemmungen Spürbare Herzschläge Herzinfarkt
OP Krampfadern Gestaute Beine Thrombosen Embolien Durchblutungsstörungen

Beschwerden im Verdauungsapparat:

Nein / Ja

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe Verstopfung Durchfall Blut im Stuhl
Sodbrennen Nahrungsmittelallergie Nahrungsmittelunverträglichkeit

Beschwerden im urologischen Bereich:

Nein / Ja

Regelmäßige Blasenentzündungen Nierensteinen Reizblase Prostatabeschwerden
Ständiger Harndrang Ungewollter Harnabgang Probleme beim Wasser lassen

Beschwerden im gynäkologischen Bereich:

Nein / Ja

Schmerzen vor, während der Regel Beschwerden während des Eisprungs OP's
Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft
Haben/Hatten Sie Probleme schwanger zu werden
Wie viele Geburten hatten Sie? _____ Hatten Sie Fehlgeburten

Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:

Leiden sie unter:

Schlafproblemen Müdigkeit Ruhelosigkeit Schwitzen in der Nacht
Ungewolltem Gewichtsverlust Immer wieder leicht erhöhter Temperatur
Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten

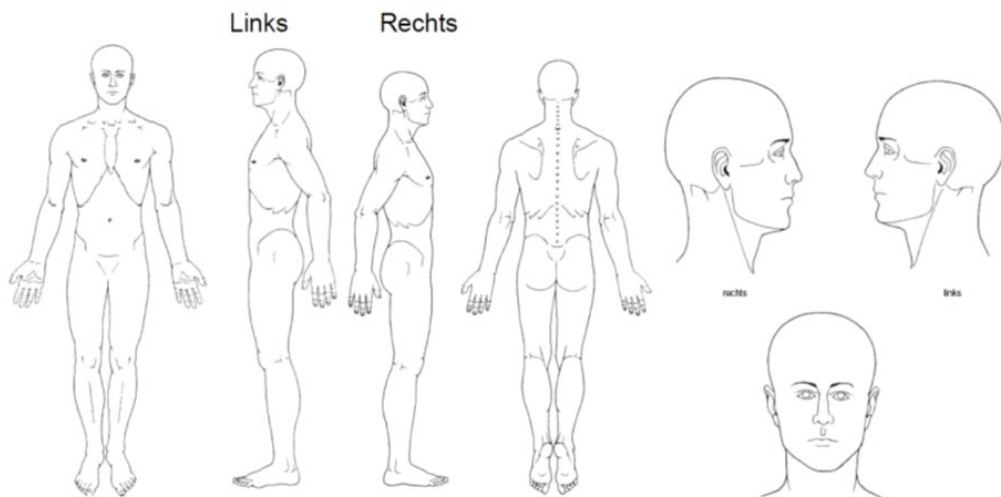
Wurden Sie bereits operiert? Bitte Operation und ungefähre Zeitangabe

Nein / Ja

Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es einen Auslöser?

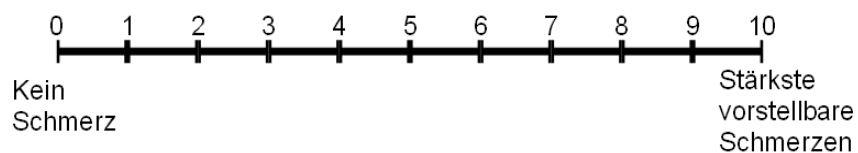
Schmerzverlauf – Mein Schmerz... (bitte ankreuzen)

- hat seit dem ersten Auftreten zugenommen hat abgenommen
ist gleich geblieben ist konstant ist nur zeitweise spürbar
momentan nicht vorhanden, ich weiß aber, dass er immer wieder auftreten kann

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- Stechend Dumpf Pochend Krampfend Ziehend Brennend mit Kribbeln

Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?



Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Schlecht bei:

Bei Bewegung Im Stehen Im Liegen Im Sitzen In der Nacht
Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser Bei Ärger/Stress

Besser bei:

Bei Bewegung Im Stehen Im Liegen Im Sitzen In der Nacht
Am Morgen Bei Ablenkung, wenn ja, welche _____

Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Koordinationsstörungen)

Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche

Nein / Ja

(z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch), Röntgen, Kernspintomografie o.ä.?

Wenn ja, welche Ergebnisse gab es?

Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

Wenn ja, welche:

Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer)?

Nein / Ja

Was wollen Sie erreichen (Behandlungsziel)?