

# Anamnese – Fragebogen für Patientinnen

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ-Ort	_____	e-mail	_____
Beruf	_____	Familienstand/Kinder	_____
Empfehlung von	_____		
Versicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich (AOK, DAK etc.) <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Beihilfe Post <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler		

## Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu **unterstreichen**, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

### Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Seit wann bestehen Ihre jetzigen Beschwerden? \_\_\_\_\_

#### Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente,

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, Kinder)

z.B. Psychiatrische Krankheiten, Selbstmord, Geschlechtskrankheiten, Schuppenflechte, Allergien, Asthma, Neurodermitis, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Rheuma, Erbkrankheiten, Multiple Sklerose, Migräne, Krebs, Tuberkulose, Nierensteine, Zuckerkrankheit, Gallensteine, Gicht,

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken,

Grippe, FSME (Zecken), Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Keine

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose,

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Gibt es Allergien? Keine

Pollen / wann \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Sonstiges (Medikamente, Chemikalien, Pflaster, Latex u.s.w.) \_\_\_\_\_

## Medikamente

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Kopf/Hals

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Nein - Falls ja: häufig, selten, Region: Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhaupt, halbseitig - links - rechts – doppelseitig, morgens, abends, Migräne;

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Haare** kein Problem, Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann \_\_\_\_\_

**Augen** kein Problem, Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, Glaukom, Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ohren** kein Problem, links/rechts: Tinnitus seit \_\_\_\_\_ Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_ andere \_\_\_\_\_

**Zähne/ Kiefer** kein Problem

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** kein Problem, Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Mandeln** kein Problem, Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schilddrüse** kein Problem bekannt, Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation;

## Brust und Bauch

**Herz/Kreislauf** kein Problem, Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,

Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Lunge** kein Problem, Bronchitis, häufig Husten, Atembeschwerden, Asthma bronchiale, Sonstiges \_\_\_\_\_

### Verdauung

**Allgemein:** kein Problem, Übelkeit, Erbrechen, Aversionen gegenüber bestimmten Speisen, Sodbrennen, Aufstoßen, Blähungen, Nahrungsunverträglichkeiten, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Leber** kein Problem, Entzündung – Hepatitis, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Galle** kein Problem, Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen** kein Problem, Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten

**Darm** kein Problem, Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Entzündungen, Blähungen, Reizdarm – Geruch: \_\_\_\_\_, Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Sonstiges zu Verdauungsorganen** \_\_\_\_\_

**Stuhlgang** täglich, täglich mehrfach, jeden 2./3./4./.... Tag, unregelmäßig, riecht nach \_\_\_\_\_

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, Spuren von Blut, Schleim,

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Bewegungsapparat

**Rheumatische Beschwerden** keine, folgende Beschwerden \_\_\_\_\_

**Arme/Hände** kein Problem, Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Gelenkprobleme, Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Beine/Füße** kein Problem, Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Gelenkprobleme, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Rücken** kein Problem, Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Sonstiges \_\_\_\_\_

## Haut

**Haut/Nägel** kein Problem, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Muttermale, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Sonstiges \_\_\_\_\_

## Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

X Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine  
O Nein

## Unterleib: Geschlechtsorgane, Niere/Blase

**Gynäkologie** kein Problem, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Geschlechtskrankheiten, Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schwangerschaften/Geburten** keine; Anzahl: \_\_\_\_\_

**Regelblutung** regelmäßig, unregelmäßig, keine mehr; wann war die erste Regelblutung \_\_\_\_\_  
wann die letzte \_\_\_\_\_

Beschwerden vor - nach - während der Regel – keine; welche \_\_\_\_\_

Wechseljahres-Beschwerden – keine; welche \_\_\_\_\_

**Verwenden Sie Verhütungsmittel?** Ja  nein  ggf. welche \_\_\_\_\_

**Niere/Blase** kein Problem, Nierensteine, Entzündungen - häufig

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach \_\_\_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

**Sexualität** kein Problem, zufrieden stellend, vermindert, verstärkt, unbefriedigend, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Schmerzfragen

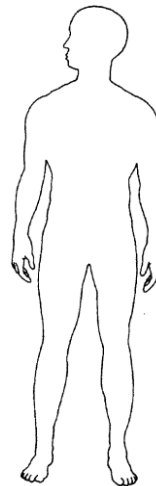
**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen

Keine Schmerzen

Kreuz - punktförmiger Schmerz

Linie - unklare Schmerzlokalisation

Pfeil - ausstrahlender Schmerz



## Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
schwach mittel sehr stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?** Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?** ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

**Welche Ereignisse verschlimmern?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme,

Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit \_\_\_\_\_, Wetterlage, Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?** Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Andere Symptome zum Schmerz

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

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bisherige Schmerzbehandlung:** \_\_\_\_\_

## Seelisches Befinden

Gab es in jüngerer oder weiterer Vergangenheit Situationen, die sie seelisch belastet haben und/oder die Sie aktuell belasten? Nein, keine. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ Meine Körpergröße \_\_\_\_\_

Meine Blutgruppe \_\_\_\_\_ Mein Blutdruck \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_ Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? \_\_\_\_\_

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft? \_\_\_\_\_

**Schlaf** kein Problem, Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schnarchen  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schlafzeit** übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

## Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie hier alle bisherigen Erkrankungen, Unfälle und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

---

---

---

---

## Sonstiges

---

---

---

## Soziales Umfeld

### Beruflicher Werdegang

---

---

---

**Derzeitige Tätigkeit** \_\_\_\_\_

**Arbeitsunfähig seit** \_\_\_\_\_ **Rente:** \_\_\_\_\_

**Besondere berufliche Einflüsse:** Schadstoffe, Hitze, Staub, Lärm, Stressbelastung, Angst vor Arbeitsplatzverlust

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Hobby / Bevorzugte Freizeitbeschäftigung** \_\_\_\_\_

**Häusliche Verhältnisse:** allein lebend, mit Ehepartner/Lebenspartner, mit Kindern, mit Enkeln, Wohnung, Haus

Sonstiges: \_\_\_\_\_