

Anamnese-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den vorliegenden Anamnese-Fragebogen so exakt wie möglich aus und bringen diesen zu unserem ersten gemeinsamen Termin mit. Bei den Beispielen zu Symptomen oder diagnostizierten Krankheitsbildern reicht es aus, diese anzukreuzen. Für eine exaktere Anamnese können Sie auch gerne in eigenen Worten schildern, welche Beschwerden vorliegen. **Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit!** Je präziser Sie Ihren individuellen Gesundheitszustand schildern, desto stichhaltiger kann die Anamnese erfolgen und desto zielgerichteter können wir gemeinsam vorgehen. Bitte bringen Sie zum Ersttermin auch Laborergebnisse aus der Vergangenheit mit, falls vorhanden.

Nachname, Vorname:

Straße, Nr., PLZ, Ort:

Versicherung/Zusatzversicherung:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Körpergröße in cm:

Körpergewicht in kg:

Blutgruppe:

Familienstand/Kinder:

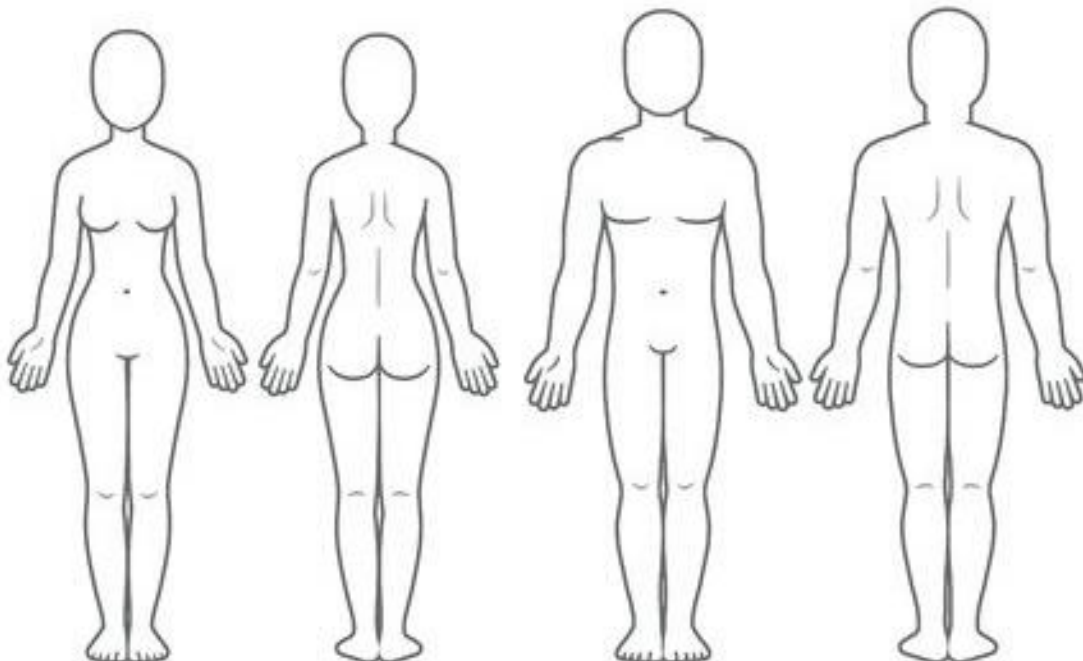
Beruf

Hobbys

Sportliche Aktivitäten

An welchen Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?

Bitte intuitiv markieren.

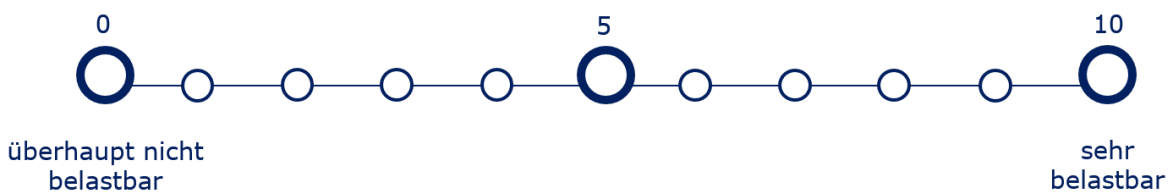


Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie aktuell?

Ordnen Sie bitte die Beschwerden - wenn möglich - nach Ihrer Wichtigkeit und/ oder Intensität (1= wenig – 10 = stark)

- 1. seit: Intensität:
- 2. seit: Intensität:
- 3. seit: Intensität:
- 4. seit: Intensität:
- 5. seit: Intensität:
- 6. seit: Intensität:

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 1-10?



Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operation Allergie
- anderes Ereignis

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bisher bekommen?

.....

Helfen Sie sich selbst und wenn ja, wie?

.....

Medikamente & Nahrungsergänzung

Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Verhütungsmittel auf, die Sie einnehmen.

Medikament/Produkt:	seit:	Grund:	Dosierung:

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente genommen?

- Schmerzmittel Antidepressiva Magensäureblocker Blutdrucksenker
- Schilddrüsenmittel Entzündungshemmer Verhütungsmittel Antibiotika
- andere

Medikamentenhistorie

Listen Sie bitte die am häufigsten und am längsten eingenommenen Medikamente auf.

Medikament/Produkt:	Zeitraum	Grund:

Chronologische Krankengeschichte

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

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Zeichnen Sie die Erkrankungen bitte chronologisch in das folgende Schaubild ein:

Trigger
Lebenslauf
Krankheiten
Traumata
Medikamen
te
.....



Symptome

Waren Sie ein/e Normalgeburt Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt? ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(vs = väterlicherseits / ms = mütterlicherseits)

Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten.....	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Krebs
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nieren-/Gallensteine	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> andere:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Diphtherie
 Windpocken Scharlach Tetanus Polio Malaria
 Hepatitis Salmonellose Ruhr Syphilis
 Gonorrhoe Pfeiffersches Drüsenfieber
 Tuberkulose andere:

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose Polio Diphtherie Tetanus HIB
 Masern Mumps Röteln Cholera Gelbfieber
 Hepatitis Pocken Grippe HPV
 andere:

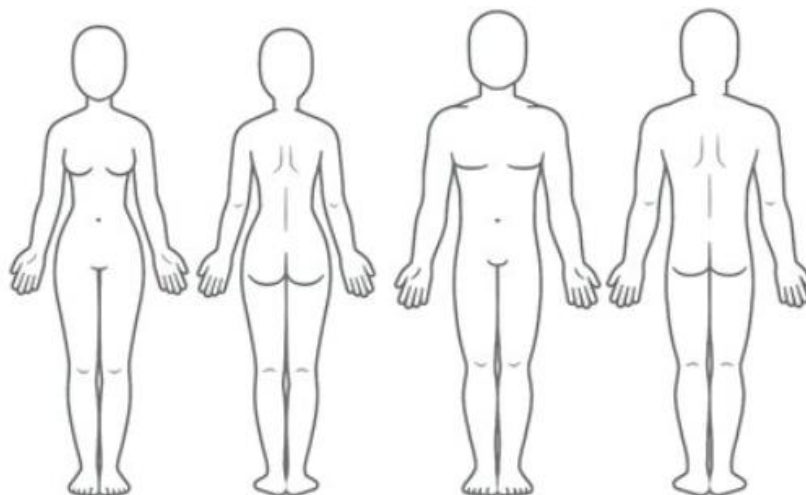
Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber Krämpfe Unruhe Schlaflosigkeit
 andere:

Haben Sie Operationsnarben, Tattoos oder tragen Sie Körperschmuck?

- Operationsnarben Tattoos Piercings anderes:

Bitte zeichnen Sie die Stellen ein!



Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt?

- CT MRT

ALLGEMEINE SYMPTOME

Kopf

- Kopfschmerzen
 Wenn ja, wo? Hinterhaupt Stirn Schläfe beidseits halbseitig
 wie oft? täglich mehrmals wöchentlich mehrmals im Monat seltener
 wann treten diese auf morgens mittags abends
 Wodurch werden diese ausgelöst?
 Was verbessert/verschlechtert?
 Ohnmachtsgefühl Schwindel anderes.....

Augen

- kurzsichtig weitsichtig Brille
 Kontaktlinsen weich/hart
 Hornhautverkrümmung Augenoperation Laser
 grauer Star grüner Star
 jucken geschwollen gerötet klebrig
 trocken Augenringe
 anderes:

Ohren

- Schmerzen links/rechts
 Tinnitus/Pochen/Pulsieren/Rauschen links/rechts
 wird lauter/leiser
 Druckgefühl links/rechts
 Hörminderung links/rechts Hörgerät
 Jucken auslaufende Flüssigkeit
 anderes

Nase

- Operation
 wiederkehrende Nasennebenhöhlenentzündungen
 wiederkehrende Erkältungskrankheiten
 behinderte Nasenatmung
 verstopft Schwellung nach dem Essen
 Heuschnupfen Verlust/Veränderung des Geruchsinnes
 Niesanfälle Starke Schleimbildung
 anderes:

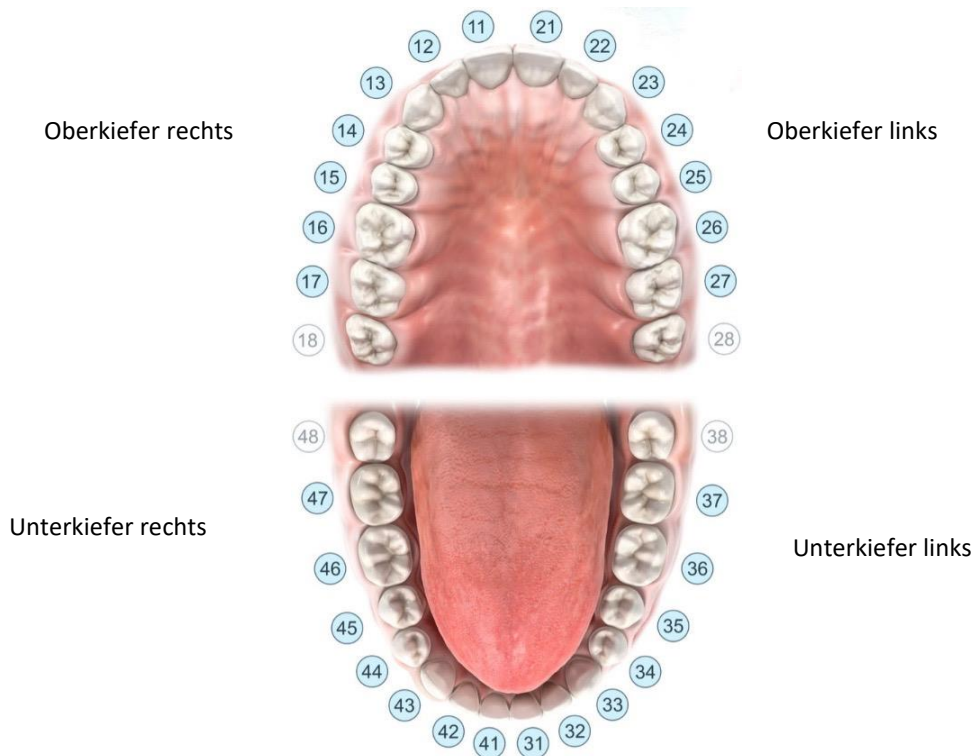
Mund- und Rachenraum

- Aphten Schleimhautveränderungen
 Verlust/Veränderung des Geschmacksinnes
 trocken geschwollen brennend
 Mandeln (operiert / Häufige Entzündungen) früher/
 jetzt?
 Drang zu Räuspern Halsschmerzen Heiserkeit
 Stimmverlust
 anderes:

Zähne

- Weisheitszähne operiert - wann Wurzelbehandelte Zähne – Anzahl
 gezogene Zähne – Anzahl Parodontose/Parodontitis
 empfindliche Zähne auf heiß/kalt
 Zahnfüllungen – Anzahl Material: Amalgam Gold Kunststoff Keramik
 Zahnersatz – Anzahl Material: Titanimplantat Keramikimplantat Brücken
 Zahnfüllungen früher Material: Amalgam Gold Kunststoff Keramik
 wurde Ihnen Amalgam entfernt? ja nein
 wurde eine Schwermetallausleitung vorgenommen? ja nein
 anderes:

Bitte markieren Sie behandelte Zähne, erkrankte Zähne und Zahnfleisch:



Kiefergelenke

- Schmerzen Geräusch beim Kauen Blockaden nächtliches Pressen nächtliches knirschen
 anderes

Schilddrüse

- Überfunktion Unterfunktion
 Vergrößerung Operation Knoten
 Autoimmunerkrankung
 anderes

Lunge

- COPD Bronchitis Allergie
 chronischer Husten Asthma
 Atemnot Engegefühl
 anderes:

Herz

- Beschwerden Stechen Druck
 Infarkt Beklemmung
 Rhythmusstörungen Herzschrittmacher
 Blutdruck zu hoch/niedrig
 anderes

Magen

- Sodbrennen Reflux Gastritis
 Drücken nervös
 Appetitlosigkeit Übelkeit Erbrechen
 Völlegefühl Herzbrennen
 anderes:

Leber/ Galle

- Entzündung Fettleber Steine Koliken
 Operation
 anderes:

Darm

- Hämorrhoiden Afterjucken Operationen
 Polypen Divertikel Verwachsungen
 Colitis ulcerosa Morbus Crohn Analfissur
 Neigung zu Verstopfung/ Durchfall
 Reizdarm anderes:

Stuhlgang:

- täglich mehrmals täglich jeden 2. Tag seltener

Gynäkologischer Bereich
Ausfluss

- keinen stark weiß gelb wundmachend

- PMS (aufgebläht sein, müde, reizbar, Krämpfe)
 Schmerzen
 Eierstockentzündungen Zyste Myom
 Ausschabungen Fehlgeburten Abtreibung
 Geburten, Anzahl

Blutungen ja nein

- regelmäßig unregelmäßig
 hell dunkel braun klumpig

- Tumor Sterilisation
 regelmäßiger normaler Eisprung
 Hitzewallungen Wechseljahresbeschwerden
 Geschlechtskrankheiten
 Brust: Zysten Kalkablagerungen Operationen

- anderes:

Niere/Blase

- Steine Entzündungen Schmerzen
 Viel Harn Wenig Harn häufiger Harndrang
 anderes:

Verdauung allgemein

- aufgeblähtes Gefühl 30-60 Minuten nach dem Essen
 Koliken nach dem Essen?
 In welchem zeitlichen Abstand zum Essenmin
 häufig Blähungen anderes:

Stuhlkonsistenz

- hell dunkel bananenförmig knollig
 trocken/hart eher weich schmierig
 fettig geruchintensiv anderes:

Urologischer Bereich

- Beschwerden beim Wasserlassen Operation
 Prostata vergrößert
 Prostataentzündung Sterilisation
 Erektionsprobleme
 Schmerzen bei der Ejakulation verminderte
 Spermienanzahl
 unbewegliche Spermien anderes.....

Sexualität (freiwillige Angaben)

- verstärkt unbefriedigt geringe Libido
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
 Probleme mit der Sexualität glücklich und zufrieden
 anderes

Bewegungsapparat

- Gelenkschmerzen Muskelschwäche Muskelschmerzen bewegungseingeschränkt Verspannungen
 Rückenschmerzen Nackenschmerzen Ischias Skoliose
 Bandscheibenvorfall/Vorwölbung Wo?
 Unfall..... Wann?
 Operation Wann?
 knöcherner Veränderungen Gelenksveränderungen
 kalte Hände kalte Füße Kribbelgefühle unruhige Beine Taubheitsgefühle
 Krampfadern Cellulitis Wassereinlagerungen einseitig beidseitig
 anderes

Treiben Sie regelmäßig Sport oder ähnliches?

- ja nein Wie oft?

Systemische Erkrankungen

- Autoimmunerkrankungen, Rheuma oder ähnliches
 Fußpilz anderes

Haare

- Haarausfall vereinzelt kreisrund gefärbt
 trocken fettig anderes

Fingernägel

- weiße Flecken Rillen brüchig
 anderes

Haut

- Verbrennungen Pilze Warzen
 Hautveränderungen Narben Tattoo Piercings
 Allergien:
 anderes:

Verwenden Sie biologische Hautpflege und Kosmetik?

- ja nein

Vegetatives und zentrales Nervensystem

- andauernde Müdigkeit die sich durch Schlaf nicht bessert leichte Ermüdbarkeit Trägheit/Antriebslosigkeit
 wattiger Kopf Hyperaktivität Nervosität schlechtes Gedächtnis schlechtes Konzentrationsvermögen
 stottern Entscheidungsschwierigkeiten Gleichgewichtstörungen schlechte motorische Koordination
 Stimmungsschwankungen Angst leichte Reizbarkeit verminderte Fähigkeit mit Stress umzugehen
 Aggression Depression wenig Spaß am Leben Parkinson Demenz Alzheimer
 Symptome bei Kontakt mit Parfum, Abgas, starken Gerüchen, etc.
 Verlangen nach Salz oder salzigen Speisen verlangsamte Wundheilung
 Sie greifen gerne zu zucker- oder koffeinhaltigen Lebensmitteln, um nicht zu kollabieren
 Ihnen wird schwindelig oder schwarz vor Augen bei schnellem Aufstehen

**Ist Ihr Schlaf- und Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden
(Elektromog, geologische Störfelder, Umwelttoxine)?**

ja nein

Haben/hatten Sie Haustiere?

ja nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmast in der Nähe Überlandleitung in der Nähe Bach/Fluss/See in der Nähe Schimmelpilzbelastung
 Antiquitäten/ Holzschutzmittel Ausdünstungen aus Möbeln, Teppichen, Böden? Mikrowelle

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnurloses Telefon / W-LAN am Bett oder in der Nähe
 elektrische Geräte im Schlafzimmer (Fernseher/Radiowecker o.ä.)
 Wasserbett Metallbett Federkern elektrischer Motor

Wie ist ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit häufiges Erwachen – Wenn ja, um wieviel Uhr?

Schwierigkeiten beim Einschlafen nächtliches Wasserlassen

Nachtschweiß heiße Füße Schichtarbeit regelmäßige Schlafenszeit Träumen Sie? ja nein

Wie lange schlafen Sie in der Regel?

anderes:

Rauchen Sie?

ja nein Nichtraucher seit

wenn ja, wie viele Zigaretten täglich

seit wann?

Nehmen Sie Drogen?

nein wenn ja, welche

Haben Sie schon einmal Drogen genommen?

nein wenn ja, welche

Sind oder waren Sie heute oder früher größeren Mengen an Giften ausgesetzt?

Herbizide Pestizide Fungizide anorganische Lösungsmittel Rauch Ruß

andere

Trinken

Wieviel trinken Sie täglich? Ca. in ml

Was trinken Sie? Wasser Wasser mit Kohlensäure Fruchtsäfte Softdrinks Kaffee Tee Milch
 Bier Wein hochprozentigen Alkohol

Wie reagieren Sie auf koffeinhaltige Getränke?

ich werde müde ich werde wach

Vertragen sie Alkohol? ja nein

Reagieren Sie auf Nahrungsmittel, Nahrungsbestandteile mit Hautjucken, Kopfweh, Wassereinlagerungen, etc.?

Citrusfrüchte Nachtschattengewächse alten Käse alten Schinken Rotwein Sekt Hefeprodukte

Gluten Fructose Lactose

Wie wurde das nachgewiesen?

Wie reagieren Sie?

Bevorzugte Ernährungsweise, Ernährungsrichtlinie?

Mischkost vegetarisch vegan Rohkost überwiegend fleischlastig

Konsumieren Sie die folgenden Nahrungsmittel oder Stoffe?

Getreide Eier Soja Kuhmilchkäse Hülsenfrüchte

Mikrowellennahrung Fertignahrung Jodsalz Konservierungsmittel

Geschmacksverstärker Industriezucker künstliche Nahrungsmittel

künstliche Farbstoffe irgendetwas, was nicht natürlicherweise in der Natur vorkommt