

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Information für Ihre Behandlung.

Alle Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich und dienen Ihrer Behandlung. Teilweise sind Angaben zum Gesundheitsverlauf vergangener Jahre von großer Bedeutung.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen den Fragebogen in Ruhe und möglichst vollständig aus.

Geschlecht	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	weiblich
Name	_____		Geburtsdatum	_____
Vorname	_____		Festnetz	_____
Straße	_____		Mobil	_____
Plz/ Ort	_____		Mail	_____
Beruf	_____		Familienst./ Kinder	_____ / _____
Behandelnder Arzt	_____			

Krankenkasse (ggf.  
Zusatzvers. Für Heilpraktiker  
Bei Minderjährigen Namen der  
Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dürfen wir bei Ihrem Arzt eventuelle Rückfragen stellen?  Ja, gerne!  Nein, möchte ich nicht!

## Zu Ihrer Person

Mein aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Meine Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Meine Blutgruppe (falls bekannt) \_\_\_\_\_      Rauchen Sie (wieviel)?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? \_\_\_\_\_

Was/ wieviel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Wieviel Kaffee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja welchen/ wieviel? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre Lieblingspeisen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlafverhalten \_\_\_\_\_

(einschlafen/ Durchschlafen/ aufwachen) \_\_\_\_\_

## Für Patientinnen

Anzahl Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Anzahl Geburten \_\_\_\_\_

Einnahme Pille  Ja  Nein Spirale  Ja  Nein  
 Monatsblutung  regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft

## Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen

Bluthochdruck  Diabetes  Fettstoffwechselstörung  
 Herzinfarkt  Asthma  Lungenerkrankung  
 Erbkrankheiten  Krebs  Gicht  
 Sonstige \_\_\_\_\_

## Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen

Heuschnupfen  Tierhaare  Hausstaub  Penicillin  
 Lidocain  Acetylsalicylsäure  Pollen  Milben  
 Metalle (z.B. Aspirin)  
 Nahrungsmittel, bitte nennen: \_\_\_\_\_  
 Sonstige Allergien, bitte nennen: \_\_\_\_\_

## Ihre aktuellen Beschwerden

Seit wann haben Sie die Beschwerden \_\_\_\_\_

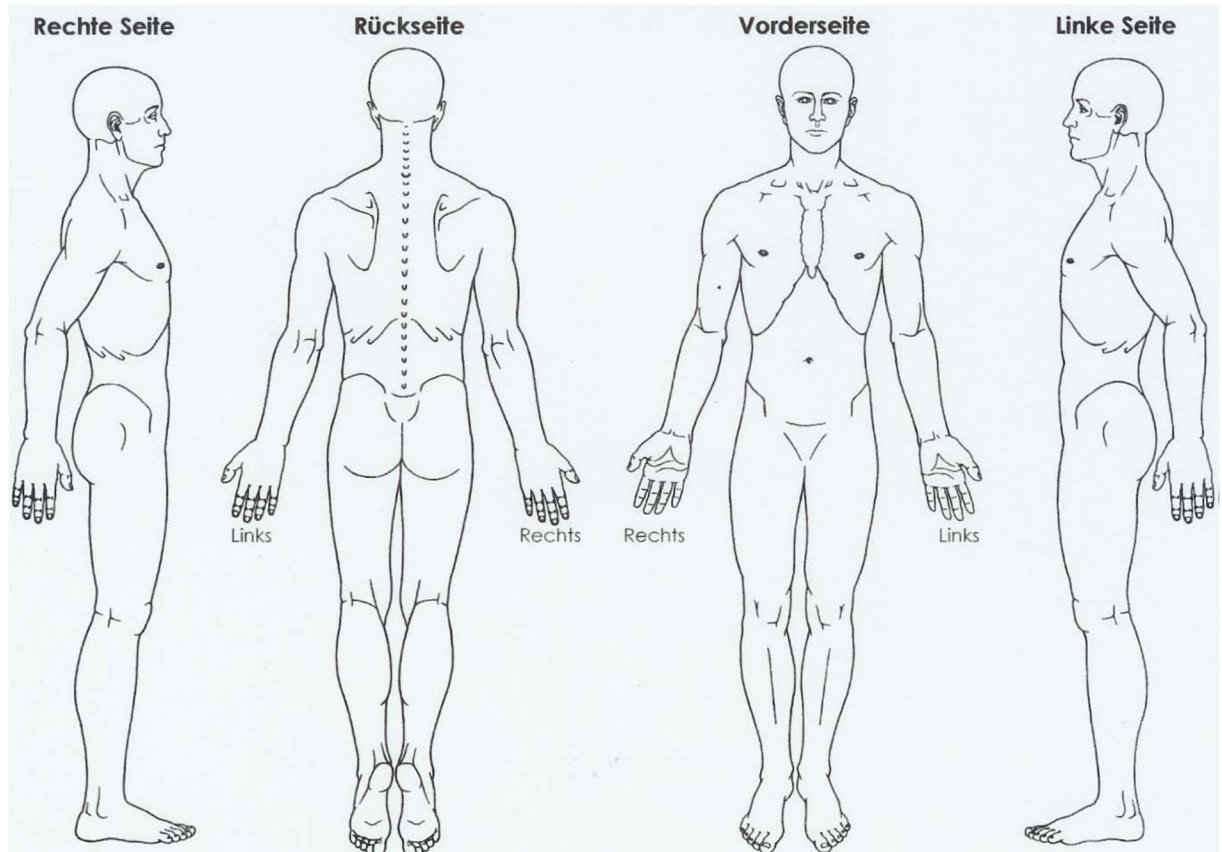
Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? Z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen etc. \_\_\_\_\_

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen?  immer  mehrmals am Tag  
 Seltene  wöchentlich

Wann haben Sie die Schmerzen?  am Tag  nachts  in Ruhe  
 bei Belastung  im Liegen  beim Aufstehen  
 nach dem Essen  nach dem Sport/ Bewegung

Wo haben Sie Beschwerden? Markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche/ Größe der Ausstrahlung



Schätzen Sie bitte die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10

- [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]  
 schwach mittel sehr stark  
 (kaum spürbarer Schmerz) (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

- Bewegung  Ruhe  Wärme  Kälte

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

- Hautrötung  Blässe  Schwellung  
 Berührungsempfindlichkeit  Taubheitsgefühl  „Ameisenlaufen“  
 Kribbeln  Schweißbildung  Seh- oder Hörstörungen

- Gangunsicherheit
- Müdigkeit
- Koordinationsstörungen
- Schwindel
- Muskelschwäche
- Bewegungseinschränkung

## Bisherige Therapie

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt? Mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Krankengeschichte

Bitte schildern Sie uns Ihre bisherigen Erkrankungen, Verletzungen und Operationen welche Sie durchgemacht haben

---

---

---

---