

Anamnesebogen

Nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten Sie alle Fragen so gut wie möglich.
Unterstreichen Sie bitte Zutreffendes oder füllen Sie ergänzend aus.
Bitte bringen Sie den Anamnesebogen zum ersten Termin mit.
Vielen Dank für Ihre Mühe!

persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mail:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:

Kinder:

Aktivitäten, Hobbies:

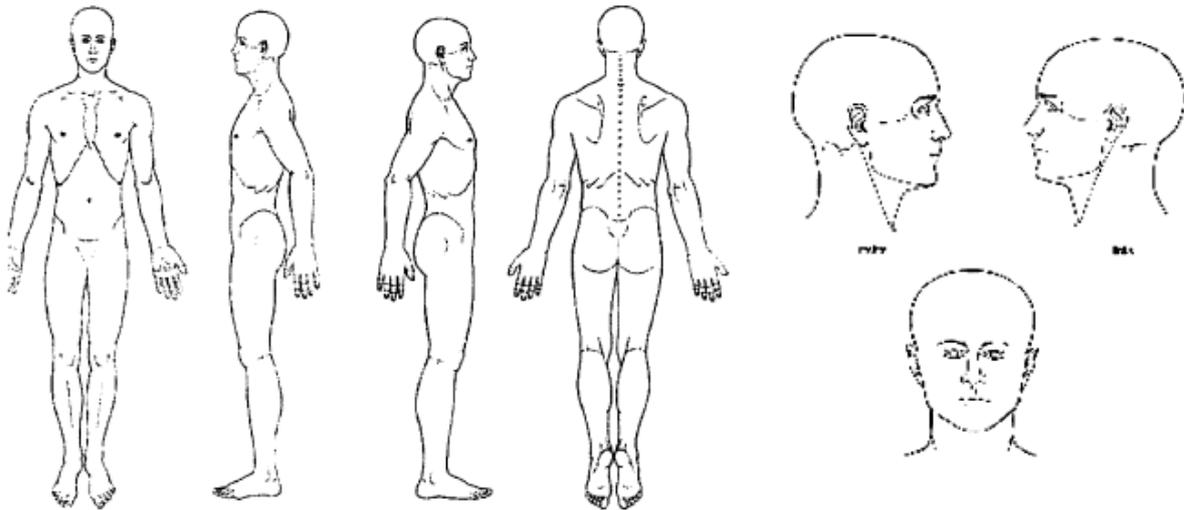
Beruf:

Behandelnder Hausarzt:

Adresse Hausarzt:

Aktuelle Beschwerden

Welche Hauptprobleme bestehen? Was ist das aktuell größte Problem? Bitte den Schmerzort und die Fläche der Ausstrahlung (wenn vorhanden) einzeichnen.



Schmerz

Wie lassen sich die Schmerzen beschreiben?

Ziehend, brennend, bohrend, dumpf, krampfend, kolikartig, kribbelnd, einschließend, stechend, anders: _____

Seit wann gibt es diese Schmerzen?

Wie häufig treten die Schmerzen auf?

Immer, mehrmals täglich, bei bestimmten Bewegungen, alle paar Tage, seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

Tagsüber, nachts, im Liegen, in Ruhe, bei Belastung, beim Aufstehen, nach dem Essen

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (unglaublich sehr stark, kaum aushaltbar)?

Schmerzskala: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Gab es ein auslösendes Ereignis?

z.B. Unfall, verhoben, ungewohnte Tätigkeiten, Medikamente, Krankheit, seelische Belastung

Was macht die Schmerzen besser, bzw. schlechter?

Gibt es Veränderungen im Tagesverlauf?

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

Schwellungen, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Hautrötungen, Blässe, Seh- / Hörstörungen
Schweißbildung, Schwindel, Berührungsempfindlichkeit, Muskelschwäche,
Bewegungseinschränkungen, Koordinationsstörungen,
sonstiges: _____

Waren Sie deswegen beim Arzt?

Gibt es Befunde und / oder sind Behandlungen erfolgt? Wenn ja, welche?

**Welche zusätzlichen Knochen-, Muskel-, Sehnen- oder Gelenkbeschwerden
oder Bewegungseinschränkungen bestehen?**

Bitte auch frühere Erkrankungen benennen, auch aus der Kindheit

Im Bereich der Halswirbelsäule?

z.B. Nackenschmerzen, eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen

Im Bereich der Brustwirbelsäule?

z.B. schmerzende Schulterblätter, Brustkorb, eingeschränkte Beweglichkeit,
Verspannungen

Im Bereich der Lendenwirbelsäule?

z.B. Hexenschuss, eingeschränkte Beweglichkeit, Verspannungen

Im Bereich des Beckens?

z.B. ISG-Schmerzen, Stürze, Prellungen

Obere Extremität

z.B. Schulter-, Ellenbogen oder Handschmerzen, Verletzungen, Tennis- / Golferellenbogen, kalte Hände, Carpal-tunnelsyndrom _____

Untere Extremität

z.B. Hüft-, Knie- oder Fußschmerzen, Verletzungen, Taubheitsgefühl, Krampfadern, kalte Füße, Einlagen _____

Operationen/Unfälle (auch aus der Kindheit, bitte mit Jahresangabe)

z.B. Autounfall, Stürze, Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Schock, alle Operationen (Blinddarm, Weisheitszähne, künstliche Gelenke)

Allergien

Medikamente

Vorgeschichte

Eigene Geburt

Gab es Auffälligkeiten bei der Geburt? z.B. Zange, Saugglocke, Frühgeburt, Brutkasten, Gelbsucht, Operationen, Atemnot

Sonstiges: _____

Gab es Besonderheiten in der Kindheit?

Entwicklungsverzögerung, Lernschwächen, häufige Infekte, Allergien

Sonstiges: _____

Welche Erkrankungen gibt/gab es in ihrer Familie? (Eltern, Geschwister)

z.B. Gefäßkrankheiten, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Asthma, Schlaganfall, (Lip-)Ödeme, Krebs, Tuberkulose, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Zuckerkrankheit, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Thrombosen

Sonstiges: _____

Hatten Sie Infektionskrankheiten?

z.B. Covid-19, Hepatitis, Gürtelrose, Herpes, HIV, Masern, Röteln, Mumps, Malaria, Kinderlähmung, Salmonellen, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Tetanus, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis

Sonstiges: _____

Organanamnese

Augen

Brillenträger, Linsenträger, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, Schielen, sonstiges: _____

Ohren

Ohrenschmerzen, Mittelohrentzündungen, Gehörsturz, Tinnitus (Geräusche im Ohr), Schwerhörigkeit, Hörgeräte, sonstiges: _____

Nase

Nasennebenhöhlenentzündung, Nasenscheidewandverkrümmung, OP, Mandelentzündung, behinderte Nasenatmung, sonstiges: _____

Kiefer/ Zähne

Pressen, Knirschen, Knacken, Schmerzen / Schwierigkeiten beim Mundöffnen oder -schließen, kieferorthopädische Versorgung mit fester / loser Spange, Implantate, Gebissversorgung, Zahnersatz, Wurzelbehandlung, sonstiges: _____

Lunge

Infekte der Atemwege, Asthma, Bronchitis, Corona, häufiges Husten, COPD
Raucher? Wenn ja, wie viel? _____

Herz

Schwindel, Herzrasen, Stolpern, hoher Blutdruck, Druckgefühl auf der Brust, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Bypass, sonstiges: _____

Magen / Speiseröhre

Sodbrennen, Reflux, Lebensmittelunverträglichkeit, Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür

Ernährungsgewohnheiten: Allesesser, vegetarisch, vegan, Intervallfasten, Diät
sonstiges: _____

Leber

Entzündung, Hepatitis, Zirrhose, Tumor, sonstiges: _____

Wie oft pro Woche trinken Sie Alkohol? Nie 0-1X 1-2X 3-4X 4-5X täglich

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag? _____ Liter

Galle

Steine, Koliken, Fettunverträglichkeit, Oberbauchschmerzen,
sonstiges: _____

Darm

Durchfälle, Obstipation, Infektionen, Darmerkrankungen,
regelmäßiger Stuhlgang, welches Intervall? _____

Niere. / Blase / Prostata

Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung, Inkontinenz, Beschwerden beim
Wasserlassen, nächtlicher Harndrang, „Tröpfeln“, _____

Gynäkologie

Zyklus regelmäßig/ unregelmäßig, Blutung für _____ Tage

Schmerzen im Zyklus, zum Eisprung, am 1.Tag der Blutung, während der Blutung

Anzahl Schwangerschaften: _____

Anzahl Geburten, _____

Verlauf der Geburt? Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA,

Endometriose, Operationen _____

Verhütung: keine, Pille, Hormonspirale, Kupferspirale, Kupferkette, andere: _____

Wechseljahrsbeschwerden, wenn ja, welche: _____

Weitere Krankheitsbilder und Fragestellungen

Endokrine Erkrankungen

Überfunktion / Unterfunktion der Schilddrüse, Knoten in der Schilddrüse, Kropf, Morbus
Cushing, Morbus Addison, Diabetes, Erkrankungen der Nebenschilddrüse,
sonstiges: _____

Neurologische Erkrankungen

Schlaganfall, M. Parkinson, Multiple Sklerose, Meningitis, Epilepsie, Migräne,
Kopfschmerzen, Schädel-Hirn-Trauma, Polyneuropathie, Tumor, sonstiges:

Dermatologische Erkrankungen

Schuppenflechte, Akne, Neurodermitis, Herpes, Warzen, Rosazea, Hautkrebs

Erkrankungen des Lymphsystems

Lipödem, Lymphödem, Entzündungen, Krebs, Kompressionsversorgung vorhanden? Wenn ja, welche?

Schlaf

Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafschwierigkeiten, Unruhe, Nachtwandeln, Schwitzen
Schlafdauer ca. _____ h/Nacht

Leiden Sie unter

Gereiztheit, Unruhe, Angstgefühlen, Überforderung, Stress, Konzentrationsschwäche, Stimmungsschwankungen, Arbeitsproblemen, Leistungsabfall, Familienprobleme, Gicht, Gerinnungsstörungen, andere gesundheitliche Risiken, Erkrankungen oder Probleme:

Leiden Sie aktuell unter

Akuten Entzündungen, Fieberhafte Erkrankungen, Brüche, Tumore oder Tumorbehandlungen, Thrombosen, Aneurysmen, Spontane Hämatombildungen/ Blutgerinnungsstörungen, Inflammatorischer Rheumatismus, Implantierte Fremdkörper z.B. Herzschrittmacher, Spirale etc., Schwere neurologische Störungen, Tuberkulose, Längere Kortikoidbehandlung

Welche Krankheiten wurden noch nicht abgefragt, bzw. welche Angaben möchten Sie noch machen?

Zielsetzung des Patienten

Was soll sich ändern? Was ist Ihr Wunsch? Womit wären Sie zufrieden?
