

# 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

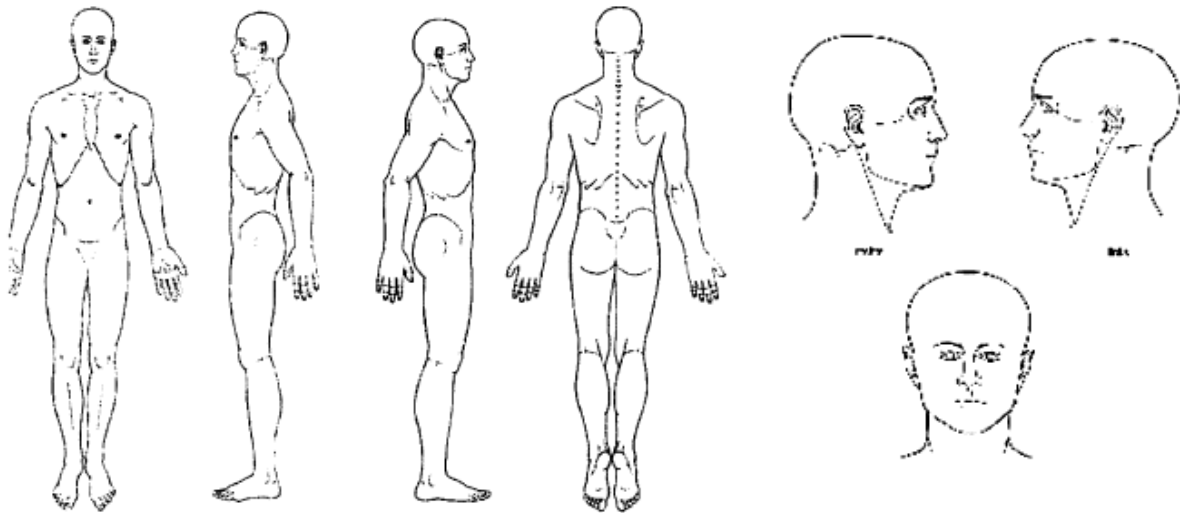
---

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?

---

---

---

---