

## Anamnesebogen

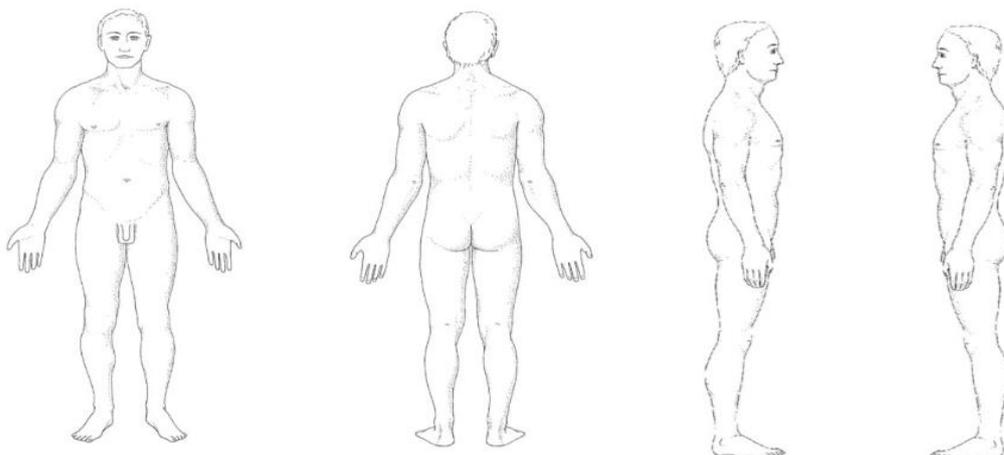
Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich möchte Sie mit den nachfolgenden Fragen um persönliche Informationen bitten, die sehr privat sind. Ich werde diese Informationen selbstverständlich streng vertraulich nach DSGVO behandeln und ihre Daten unterliegen der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht!  
Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit und antworten Sie ausführlich und vollständig.

Vielen Dank!

### 1. Welche akute Beschwerden haben Sie derzeit? Bzw. welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Gerne einzeichnen und beschreiben.



Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Aktueller Schmerz auf einer Skala von 1-10, bitte einzeichnen:

① \_\_\_\_\_

⑩

Wie fühlen sich die Beschwerden an? Bitte ankreuzen

Stechend  Brennend  Pulsierend  Dumpf  Ausstrahlend  Ziehend

Sonstig  \_\_\_\_\_

## 2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen?

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, Herzbeschwerden, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen etc. ...) oder psychischen Beschwerden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie im Lauf des Lebens Unfälle (z.B. Autounfall, Stürze...) gehabt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie Operationen gehabt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Wann?

## 3. Medikamente

Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Abführmittel/Schlafmittel/Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathische Mittel?  Ja  Nein

## 4. Schaffen wir einen Überblick

Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Migräne oder Schwindel?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Veränderungen des Hörbereiches?  Ja  Nein

Schwitzen Sie nachts viel?  Ja  Nein

Treten bei Ihnen schnell blaue Flecken auf oder heilen Wunden schlecht?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Husten oder Atemnot?  Ja  Nein

- Leiden Sie unter Bauchschmerzen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Appetitlosigkeit? Evtl.bestimmte Speisen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Sodbrennen?  Ja  Nein-
- Leiden Sie unter Durchfall oder Verstopfung?  Ja  Nein
- Haben Sie Schmerzen oder ein Brennen beim Wasserlassen?  Ja  Nein-
- Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten?  Ja  Nein
- Liegen oder lagen Nierensteine bei Ihnen vor?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Juckreiz und/oder Hautveränderungen?  Ja  Nein
- Leiden sie unter Gewebe- oder Gelenkschwellungen?  Ja  Nein

#### 5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- Sind sie schwanger?  Ja  Nein

#### 6. Spezifische Anamnese des Mannes:

- Leiden Sie unter Schmerzen im Hodenbereich?  Ja  Nein

#### 7. Fogendes füllen wir gemeinsam aus!

-**Personenbezogen** (Coping; Hobbie, Beruf, AZ, Schlaf, Stress, Hilfsmittel)

-**Umweltbezogen** (Familie, Wohnsituation,Unterstützung, Coping)

#### 8. Besondere Fragen oder Bemerkungen?

Gibt es Beschwerden, die nicht abgefragt wurden?

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Birgit Faltermeier

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_