

Anamnese – Fragebogen



Name _____

Vorname _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Wie lautet die schulmedizinische Diagnose?
(Bitte Arztberichte mitbringen)**

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Ihre Geburt

Waren Sie eine Normalgeburt / Kaiserschnitt / Zangengeburt / Saugglocke

Wurden Sie gestillt? Wenn ja wie lange?

Impfungen und Allergien

Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte Impfausweis mitbringen)

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber Pocken, Grippe, Zecken (FSME) usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeifferisches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose Borreliose, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Kortison oder Antibiotika behandelt

Falls ja, welche? _____

Gibt es Allergien?

Nahrungsmittel _____

Pollen / wann _____

Welche _____

Gab es eine schulmedizinische Hypo- / Desensibilisierung

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, wie häufig? _____ häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert _____

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne / Kiefer

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Häufige Zahnarztbesuche: Ja Nein

Beschwerden bei der Zahnung Ja Nein

Weisheitszähne gezogen Ja Nein Welche? _____

Gibt es wurzelbehandelte Zähne Ja Nein Welche? _____

Zahnfleischblutung Ja Nein

Gibt es tote Zähne Ja Nein Welche? _____

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt Ja Nein Welche? _____

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein Wann? Wie viele? _____

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein Wie lange? _____

Womit wurde ausgeleitet? _____

Haben Sie Zahnimplantate? Wenn ja, wie viele und wo _____

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Polypen (OP Wann?)

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Brustdrüse Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Lungenentzündung

Leber Entzündung - Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, **Konsistenz: schnittfest**
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen, - häufig, stechen im Rücken – rechts / links, Reizblase

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach _____

Rücken -Arme - Beine – Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS/ LWS, Hexenschuß, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Hautallergien, Tätowierungen und Piercing

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
 Ja - bitte unbedingt zeigen - auch kleine
 Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Operationen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses Wann war die erste Menses? _____ Wann die Letzte? _____

Beschwerden -vor -nach -während der Regel, welche? _____

Klimakterische Beschwerden: _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? _____

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen

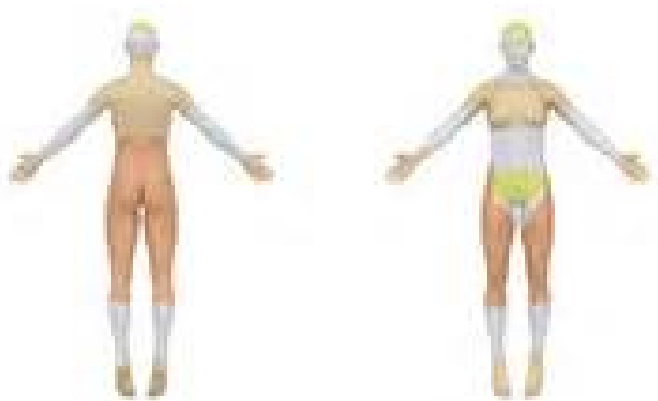
Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen.

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____
Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz? Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung
Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht _____ Meine Körpergröße _____

Meine Blutgruppe _____ Mein Blutdruck _____
Trinken Sie Alkohol? _____ Rauchen Sie? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Verlangen nach: süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigung gegen: süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen. seit wann? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen. Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen: _____

Schlaflage Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, zusammengerollt

Träume schrecklich, schön, gegen morgen, realitätsnah, keine Traumerinnerung

Haustiere Haben oder hatten Sie Haustiere

Häuslicher Bereich Welche elektrische Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Gab es eine Wohnungsrenovierung, Neubau, neue Einrichtung auch im Geschäft

Benutzen Sie ein Mikrowellengerät

Auslandsreisen Gab es Reisen in ferne Länder

Schadstoffe Haben oder hatten Sie Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle, oä?

Blutwerte Was wissen sie über Ihre Blutwerte?
Bitte Laborberichte/ -werte mitbringen

Bisherige Therapien Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewendet? Auch biologische

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
Bitte Medikamentenliste, Beipackzettel oder Medikament mitbringen.
Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.
(Bitte Rückseite benutzen)