

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, Herpes, 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? _____
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?

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)