

Anamnese – Fragebogen

Außer der Schleifmühle 40; 28203 Bremen; 0421-43 49 586



Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. beruflich	_____
PLZ – Ort	_____	Mobil	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Wer hat mich empfohlen? _____			

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Was ist ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschlag, Medikamente, Stress, körperliche Belastung usw.

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

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

Impfungen - Allergien

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?

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

Gab es Reaktionen auf diese Impfung?

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

Welche Infektionskrankheiten haben sie durchgemacht?

Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper). Syphilis, Tuberkulose, Tropenkrankheiten usw.

Gibt es Allergien?

Pollen/wann _____

Nahrungsmittel _____

Kopf

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

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündungen, Grauer Star, Makuladegeneration

Ohren Tinnitus seit _____ links/rechts, beidseits, Schwerhörigkeit seit _____
Andere _____

Zähne / Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja ___ Nein ___
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja ___ Nein ___
Wurde bei Ihnen eine Kiefergelenkkorrektur durchgeführt? _____
Tragen Sie Zahnbrackets oder Zahnspangen oder Zahnschienen? _____

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Nase verstopft,
behinderte Nasenatmung

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündung als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten
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, patenartig Kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Golfellenbogen, Kribbeln, kalte Hände
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Kribbeln, kalte Füße, Taubheitsgefühl usw.
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma
Haut	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? __ Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine __ Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss – Eierstockentzündungen, Ausschabungen, 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
Niere / Blase	Nierensteine, Entzündungen – häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: _____

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht _____

Meine Körpergröße _____

Meine Blutgruppe _____

Mein Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol? _____

Rauchen Sie? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag? _____

Nehmen Sie Zuckerzusatzstoffe zu sich? _____

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? _____

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

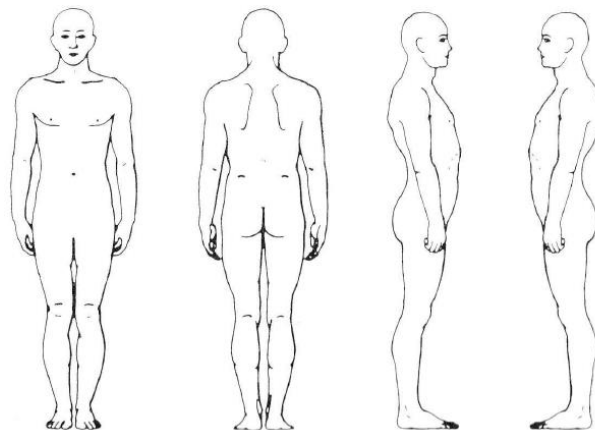
Schlafzeit übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen _____

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, stechen, 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- und Hörstörung, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung
Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher wie?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzung angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.