



# Anamnese - Fragebogen

Mario Brzosc \* Schweningen Str.2 \* 92342 Freystadt \* 09179 96 41 69

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ – Ort	_____	FAX	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Wer hat uns empfohlen?	_____	Familienstand/Kinder	_____

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)       Beihilfe/Post       Privat-Versicherung

## 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 genug 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, Hautausschläge, Medikamente, usw.

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

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

## Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, 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, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, 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** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula- Degeneration usw.

**Ohren** links / rechts .....Tinnitus seit..... Schwerhörigkeit seit ....., andere.....

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen 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, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

## 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

**Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze,  
eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

**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?** Ja  nein

Welche .....

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

**Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

**Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Allgemeines

**Mein aktuelles Körpergewicht** ..... **Meine Körpergröße** .....

**Meine Blutgruppe** ..... **Mein Blutdruck** .....

**Trinken Sie Alkohol?** ..... **Rauchen Sie?** .....

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?** .....

**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, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

**Schlafzeit** übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen.....

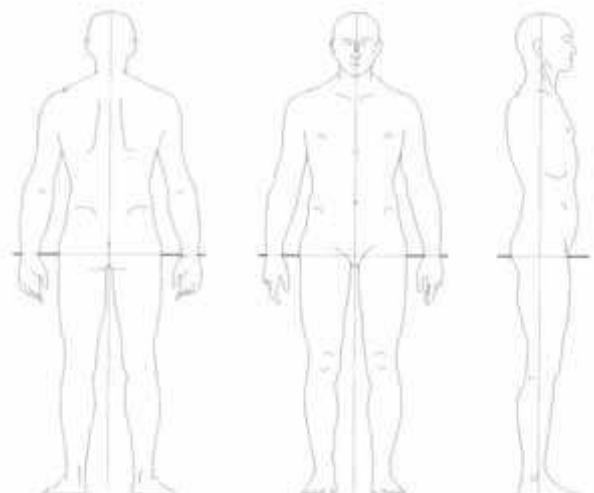
## Schmerzfragen

**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, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, 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, Urlaub

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

Sonstiges .....

**Schmerzbehandlung bisher, wie?** .....

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittelangeben.

.....

**Chronologie der Krankengeschichte**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sonstiges**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....