



Anamnese - Bogen

(Die nachfolgenden Fragen betreffen die Vorgeschichte zu Ihren Beschwerden/zu Ihrer Krankheit. Bitte nehmen Sie sich zum Ausfüllen des Anamnesebogens Zeit und bringen diesen zur Erstkonsultation mit. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Punkte an und ergänzen Sie wenn nötig.)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versicherung	<input type="radio"/> gesetzlich bei _____ <input type="radio"/> privat <input type="radio"/> Heilfürsorge <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt <input type="radio"/> Zusatzversicherung Naturheilkunde <input type="radio"/> sonstiges _____
Telefon / Mobil	
Email	
Familienstand	
Beruf (erlernt / jetzt ausgeübt)	
Anzahl Kinder	
Anzahl Geburten	
Größe / Gewicht	

Fragen zur Gesundheit in Ihrer Familie:

	Haut- erkrankungen/ Allergien	Tumor- erkrankungen	Schwere Infektionen (z.B. Tuberkulose)	Chron. Leiden	Verstorben an
Großmutter ♀					
Großvater ♀					
Großmutter ♂					
Großvater ♂					
Mutter ♀					
Vater ♂					
Geschwister					
Kind					
Kind					

Welche der aufgeführten Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Ziegenpeter ○ Scharlach ○ Masern ○ Diphtherie ○ Röteln
- Windpocken ○ Pfeiffersches Drüsenfieber ○ Kinderlähmung ○ Keuchhusten ○ Salmonellose
- Windeldermatose ○ Milchschorf ○ Neugeborenen-ikterus
- eine tropische Erkrankung? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Impfungen erhalten?

Impfung	Jahr	Nebenwirkung?
Tetanus		
Diphtherie		
Pertussis (Keuchhusten)		
Hib		
Poliomyelitis		
Hepatitis B		
Pneumokokken		
Rotaviren		
Meningokokken C		
Mumps / Masern / Röteln		
Varizellen (Windpocken)		
HPV (Humane Papillomviren)		
Influenza (Grippe) → Wenn ja, regelmäßig?		
Weitere Impfungen (z.B. vor Auslandsaufenthalt?)		

- wann erfolgte die letzte Impfung? _____

Welche schweren Erkrankungen/ Operationen hatten Sie?

Jahr	Erkrankung/ Operation	Praxis/ Klinik	Behandler	Therapieerfolg

(ggf. einen weiteren Bogen anfügen)

Haben Sie Narben? _____

Leiden Sie an immer wiederkehrenden Erkrankungen/ Schwächen/ Symptomen?

Jahreszeit	Erkrankung/Symptom	Behandlung	Therapieerfolg

Unter welchen Beschwerden leiden Sie augenblicklich?

Erkrankung/Symptom	Bisherige Behandlung

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? (auch Bedarfsmedikation, Hormone, freiverkäufliche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel bitte auflühren)

Medikament	Dosierung	Stärke

Wie ist Ihr Schlaf beschaffen?

Durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden

Einschlafen: sofort nach ___ Stunden Schlaflosigkeit

Wann gehen Sie schlafen? _____

Wann stehen Sie auf? _____

Bestimmte wiederkehrende Gedanken hindern das Einschlafen:

Nehmen Sie Schlafmittel? Ja / Nein **Medikament/Dosierung:** _____

Durchschlafen: bis zum Aufstehen häufiges Erwachen (wie oft? _____)

häufiges Erwachen zu einer bestimmten Zeit _____ Anzahl Toilettengänge _____

Qualität: erholsam/ausreichend von allein erwachen muss geweckt werden

nicht ausreichend/müde nach dem Aufstehen sich fühlen, wie zerschlagen

Symptome nach dem Aufstehen: _____

Träume: können Sie sich an Träume erinnern? Ja / Nein wiederkehrende Träume? _____

Modalitäten: Schwitzen: nicht / wenig / zeitweise / immer / stark / sehr stark (Wäschewechsel)

- Zähneknirschen unruhige Beine Krämpfe Sprechen im Schlaf
- bestimmte Lage / Haltung schlafen mit erhöhtem Kopfteil Schnarchen

Geräte in der Nähe des Schlafplatzes? Funkwecker Fernseher Computer Telefon
 Wasserbett Eingebaute, elektrische Motoren Funkmasten in der Umgebung

Allgemein/Symptome

- neigen Sie zu erhöhten Temperaturen/Fieber? Ja / Nein
- Bekommen Sie nie Fieber? Ja / Nein

Verdauung: häufiges Aufstoßen Übelkeit vor der Mahlzeit Übelkeit nach der Mahlzeit
 häufiges Erbrechen Sodbrennen oft Blähungen

Stuhlgang: regelmäßig unregelmäßig 1x täglich mehrmals täglich ca. alle ____ Tage
 leichte Entleerung schwere Entleerung Farbe: _____
 Konsistenz: fest / geformt / breiig / durchfällig / blutig / unverdaute Nahrungsrückstände
 Leiden Sie an Hämorrhiden? Ja / Nein

Appetit: gut schlecht stark auf bestimmte Speisen/Getränke: _____
 Abneigung gegen: _____

Essgewohnheiten im Alltag:

	Frühstück	Mittag	Abendbrot	Zwischenmahlzeit
Nahrungs- mittel				
Reaktion (z.B. sofortiger Stuhldrang..)				

Genussmittel: wie oft? Täglicher Konsum?

- Kaffee: täglich ____ Tassen Alkohol: _____ Süße Getränke: _____
- schwarzer Tee täglich ____ Tassen Süßigkeiten: _____ andere Genussmittel: _____
- Rauchen Sie? Ja / Nein Anzahl/Tag: _____ Zigaretten / Zigarren / Pfeifen
- anderes: _____

Durst: haben Sie oft Durst? Ja / Nein stillt Trinken Ihren Durst? Ja / Nein
 wie viel trinken Sie am Tag? _____ Liter

Wasserlassen: durchschnittliche Anzahl/Tag _____ Anzahl nachts _____
 auffälliger Geruch? _____ Schmerzen beim Wasserlassen? _____
 Brennen Krämpfe Ausfluss aus der Harnröhre/Scheide Farbe des Ausflusses _____

Männer - leiden Sie beim Wasserlassen unter: unterbrochenem Harnstrahl Nachträufeln
 unvollständiger Entleerung der Harnblase sonstige Beschwerden: _____

Frauen –Ist Ihr Zyklus: regelmäßig unregelmäßig aller wie viel Tage? _____
 bestehen Beschwerden: vor / während / zwischen den Blutungen? _____
 seit wann befinden Sie sich in den Wechseljahren? _____
Haben Sie seitdem Beschwerden? _____

Kopfschmerzen: Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja / Nein Wann? _____
 Wie oft? _____ Wo beginnt der Schmerz? _____
 Symptome während des Kopfschmerzes? _____

Ohren: Schmerzen links Schmerzen rechts Schmerzen beidseitig
 Mittelohrentzündung Schwerhörigkeit
 Ohrgeräusche: ständig / zeitweise / unter Stress / bei bestimmter Körperhaltung: _____
 hoher Ton Pfeifen anderes: _____ Geräusch ist beidseitig / links / rechts

Mund: leiden Sie an: Zungenbrennen trockenem Mund eingerissenen Mundwinkeln
Haben Sie: eine Teilprothese eine Vollprothese Füllungen, welche? _____
 tote Zähne wurzelbehandelte Zähne

Mandeln: häufige Entzündungen als Kind / heute Operation, wann? _____

Nase: Polypen Operation, wann? _____ Heuschnupfen Allergie? _____
 behinderte Nasenatmung Nase verstopft häufige Nasennebenhöhlenentzündung
 ständige Absonderungen: schleimig / eitrig / wässrig _____

Augen: Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig grüner Star grauer Star
 erhöhter Augeninnendruck Makulaerkrankung sonstige Beschwerden _____

Atmung: leiden Sie unter Luftnot? in Ruhe bei leichter Anstrengung (z.B. Spaziergang)
 beim Treppensteigen im Liegen Wann wurde Ihre Lunge das letzte Mal geröntgt? _____
Leiden Sie an ständigem Husten Auswurf (Farbe: _____)

Haut: leiden Sie unter Ausschlag Rötungen Juckreiz offenen Stellen
 anderen Irritationen _____ wo? _____ wie oft? _____
 nach dem Genuss von _____

Haare: welche Haarfarbe hatten Sie als Kind? _____
 färben Sie sich die Haare? Ja / Nein mit welchem Mittel? _____
Leiden Sie unter Haarausfall: vereinzelt / kreisrund / Glatze

Skelett: leiden Sie unter Gelenkbeschwerden Wirbelsäulenbeschwerden
Falls ja: ständig / unter Belastung / schubweise / unter bestimmten Modalitäten _____
Haben Sie Prothesen Implantate

Gewicht: Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 10 Wochen stark verändert? Ja / Nein
 Gewichtszunahme _____ kg Gewichtsabnahme _____ kg
 Haben Sie verstärkte Wassereinlagerungen? Falls Ja, zu welcher Tageszeit? _____
Wo wird das Wasser im Körper eingelagert? _____

Konflikte: im Beruf in der Partnerschaft in der Beziehung zu den Kindern

Leiden Sie unter Unruhe Ängsten Depressionen

Leistungsgefälle: tageszeitlich starke Schwankungen Müdigkeit Kraftlosigkeit _____

Andere Schwankungen: Wetterfühligkeit Schwindelgefühl weiteres: _____

Wohnung:

in der Nähe befindet sich Funkmasten Überland-/Bahnstromleitung Bach/Fluss

in der Wohnung befinden sich Teppichböden Mikrowelle Schimmelbelastung

Möbel, welche mit Holzschutzmittel behandelt wurden

Wurde Ihr Schlaf- und/oder Arbeitsplatz geopathisch untersucht? Ja / Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch _____

Internet/Google/unsere Webseite (zutreffendes bitte unterstreichen)

Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift _____

Die Daten werden streng vertraulich, im Sinne der Schweigepflicht § 203 StGB behandelt und dienen ausschließlich der Erhebung der Anamnese mit dem Ziel der Diagnosestellung.

Um die sichere Übermittlung Ihrer Daten zu gewährleisten, bitte den Bogen zur Erstkonsultation mitbringen oder per Post an meine Praxisadresse senden.