

Anamnesebogen

Liebe Klientin, lieber Klient,
 der Ihnen vorliegende Fragebogen soll mir helfen, ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Vorgeschichte aber auch Ihres momentanen Lebens zu bekommen. Wenn Sie sich bitte die Mühe machen wollen, diesen Bogen bereits vor Ihrem ersten Termin bei mir auszufüllen. Damit sparen wir uns wertvolle Zeit beim ersten Gespräch und wir können gemeinsam anhand des Bogens alle wichtigen Fragen klären und zügiger mit der Behandlung beginnen. Sollten Ihnen nicht alle Begriffe klar sein oder Sie bei der einen oder anderen Frage unsicher sein, markieren Sie diese bitte gerne. Wir werden diese Fragen dann zusammen besprechen. Die aufgezählten Erkrankungen sind Beispiele, wenn Sie unter anderen Erkrankungen leiden, ergänzen Sie dies bitte. Sollte der Platz nicht ausreichen, scheuen Sie sich bitte nicht, ein Blatt hinzuzufügen.
 Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Adresse: _____

Telefonnummer _____ Email _____

Versicherung: _____ private (Zusatz-)Versicherung? ja / nein

Zu Ihrer eigenen Person:

Familienstand: verheiratet geschieden ledig verwitwet

Lebenssituation: ich lebe mit Partner(in) zusammen ich lebe alleine Anderes: _____

Kinder: _____ Ernährung: Mischkost Vegetarisch Vegan Sonstiges _____

Beruf: _____ Arbeitsplatz/ausgeübte Tätigkeit _____

Hobbys/Interessen: _____

Zur Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

Haben oder hatten Sie Probleme in folgenden Bereichen?	Ja	Nein	Erläuterungen
Herz-Kreislauf-Probleme (zu hoher/niedriger Blutdruck, Herzprobleme, Venenleiden, Aneurysmen, Schlaganfälle, Infarkte, Durchblutungsstörungen)			
Blutgerinnungsstörungen (Thrombosen, Embolien, verlangsamte Blutgerinnung)			
Magen-Darm-Probleme (Magengeschwüre, Tumoren, Polypen, Verdauungsstörungen, Darmerkrankungen)			
Lunge-Atemwegsprobleme (Lungenentzündungen, chron. Bronchitis, Asthma, COPD)			
Leber-/Gallenerkrankungen (Leberentzündungen, Fettleber, Gallensteine, Gallenoperation)			
Nieren-/Blasenerkrankungen (Nierenbecken-/ Nierenentzündung, Harnsteine/-grieß, Niereninsuffizienz, Blasenentzündungen)			
Geschlechtsorgane (Prostataprobleme, Gebärmuttermyome, Brusttumoren)			
Muskel-und Skelettsystem (Skoliose, Bandscheibenvorfälle, Gleitwirbel, Osteoporose, Verspannungen, Arthritis, Gicht, Rheuma)			
Nervensystem (Lähmungen, Fehlempfindungen, Schwindel, Nervenstörungen, Parkinson, Multiple Sklerose)			
Sinnesorgane (Sehstörungen, Fehlsichtigkeit, Hörstörungen, Tinnitus, Geruchs-/Geschmacksstörungen)			
Stoffwechsel/Hormonsystem (Schilddrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes, Sonstige hormonelle/Stoffwechsel- Störungen)			
Allergien/Unverträglichkeiten (Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Lactoseintoleranz, Histaminunverträglichkeit)			

	Ja	Nein	
Seelische Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, Ängste, Zwänge)			
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Borreliose)			
Hatten Sie Kinderkrankheiten? <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber Sind Sie geimpft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen (so weit bekannt)			
Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, welche Operation/wann? Gab es Komplikationen?			
Hatten Sie Unfälle? Welche/Wann?			
Welche Medikamente nehmen Sie?			
Haben Sie Zahnfüllungen? Kunststoff (<input type="checkbox"/>) Amalgam (<input type="checkbox"/>) Gold (<input type="checkbox"/>) Implantate (<input type="checkbox"/>) Wurden Füllungen entfernt? Wenn ja, wann?			
Rauchen Sie und wenn ja, wie viel?		Trinken Sie Alkohol? Wie viel?	
		Nehmen Sie Drogen?	
Bei Frauen: Schwangerschaften und Geburten (auch Fehlgeburten)			
Jahr	normale Geburt/ Kaiserschnitt	Geschlecht	Gewicht gestillt Besonderheiten in Schwangerschaft/unter der Geburt

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?
Welche Untersuchungen wurden bereits veranlasst?
Welche Therapien haben Sie bereits versucht? Wie war der Erfolg?

Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (so weit Sie wissen)?

Erkrankung	Ja	Nein	Wer leidet daran
Diabetes (auch Alterszucker)			
Bluthochdruck			
Herz-/Kreislaufkrankungen Welche?			
Gerinnungsstörungen (Thrombosen, Embolien)			
Krebserkrankungen Welche?			
Seelische Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, Suizide)			
Allergien/Unverträglichkeiten Welche?			
Sonstige gehäuft auftretende Erkrankungen (genetische Erkrankungen, Darmpolypen) Welche?			

Datum

Unterschrift: