



## Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer / Handy: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert? :  privat versichert  privat zusatzversichert  gesetzlich  Beihilfe versichert

Versicherungsgeber: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus und nehmen Sie sich ausreichend Zeit dafür. Bei den Angaben sind auch Unfälle oder Operationen von Bedeutung, die bereits lange zurückliegen z.B. in der Kindheit von Bedeutung. Auf Sie zutreffende Beschwerden können Sie unterstreichen, falls diese nicht genannt werden können Sie Ihre Symptome auch darunter aufschreiben. Bringen Sie diesen Anamnesebogen bitte ausgedruckt zur ersten Behandlung und Befundaufnahme mit. Falls Sie Röntgenaufnahmen, Laborbefunde oder andere radiologische Aufnahmen haben, wäre es nett, wenn Sie diese auch zur ersten Sitzung mitbringen würden.

Was sind die Hauptgründe für Ihren Besuch in meiner Praxis?

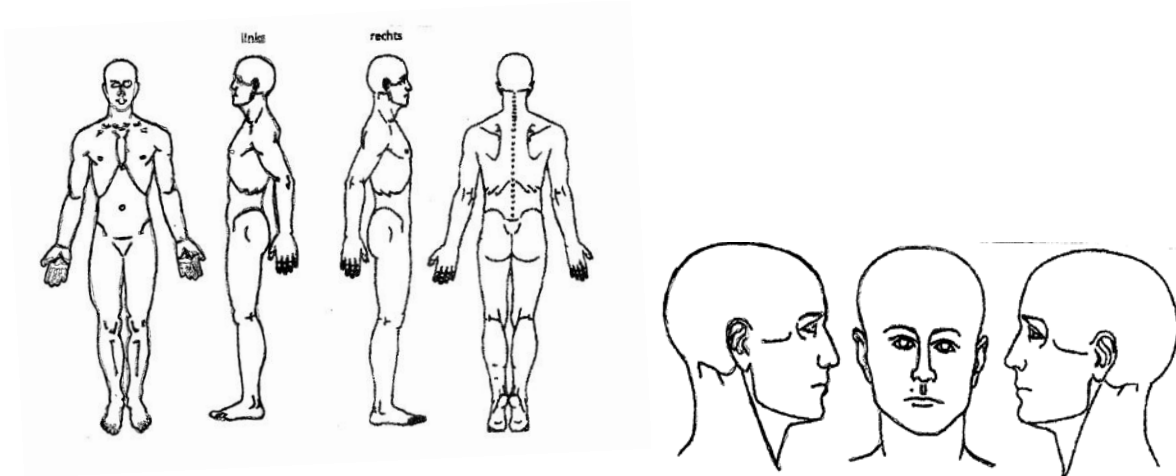
Auf einer Skala von 1-10 stellt 10 unerträgliche Beschwerden / Schmerzen und 1 sehr niedrige Beschwerden / Schmerzen dar. Wo würden Sie Ihre Beschwerden einstufen?

Beschwerden	Akut / chronisch	Skala 1 -10	seit:
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Wodurch wurden Beschwerden 1-3 vermutlich ausgelöst?

Beschwerden
1.
2.
3.

Wo sind die Schmerzen genau. Zeichnen Sie bitte Narben (rot) und Ausstrahlungen der Schmerzen in die Grafik ein:



Hatten Sie diese Beschwerden schon früher einmal? Wann?

---

Wann treten diese Beschwerden auf? Bitte unterstreichen Sie zutreffendes:

Morgens, Mittags, Abends, Nachts, nach Belastung, in Ruhe, permanenter Dauerschmerz

---

Wie ist die Schmerzqualität, unterstreichen Sie bitte zutreffendes?

Diffus, dumpf, bohrend, krampfartig, gut lokalisierbar, scharf, brennend, stechend, ziehend

---

Mit welchen Medikamenten wurde therapiert?

Schmerzmittel, Entzündungshemmer, zur Muskelentspannung, Durchblutungsfördernd, Gerinnungshemmer, sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie ansonsten noch Medikamente ein gegen andere Erkrankungen?

---

Krankengymnastik / Manuelle Therapie?

Ja

nein

Wie lange? \_\_\_\_\_

Hatten Sie aufgrund Ihrer Beschwerden Operationen?

Ja

nein

Welche?

Datum	Operation

Hatten Sie Operationen, Stürze Unfälle unabhängig von Ihren jetzigen Beschwerden? (Bitte alle auch in der Kindheit)

Datum	Operation / Sturz / Unfall

Haben oder hatten Sie folgende Beschwerden / Krankheiten?

regelmäßiger starker Nachtschweiß

Fieber

ungeklärte Gewichtsabnahme

Durchfall

übermäßige Abgeschlagenheit

Erbrechen

Appetitlosigkeit

Stuhlveränderung

Schwellungen

Übelkeit / Sodbrennen

Wärme

Schwindel

Rötungen

Diabetes

ja

nein

Schmerzen in der Brust

Herzinfarkt

ja

nein

Herzrasen

Angina pectoris

ja

nein

Luftnot

Allergien

ja

nein

vermehrt nächtliche Toilettengänge

Osteoporose

ja

nein

erhöhte Temperatur über länger Zeit ( 37,5 -38 Grad)

Asthma

ja

nein

Krebs

ja

nein

Blutdruck:  normal  niedrig  hoch \_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein Wieviele am Tag? \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- |             |                             |                               |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstige: \_\_\_\_\_

Treiben sie regelmäßig Sport?  ja  nein

Wenn ja welche Sportart und wie regelmäßig?

\_\_\_\_\_

Wie verlief ihre eigene Geburt? Kaiserschnitt, Zange, Glocke, Komplikationen bei der Geburt, spontan

Welche? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie die folgenden Symptome oder Beschwerden?

	momentan	früher	ab und zu	häufig
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus / Hörsturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnbehandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleudertrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steifen Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blockierungen in der Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstrahlende Schmerzen ins Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerz besonders in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Hüftknochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr Kälteempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr Wärmeempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	momentan	früher	ab und zu	häufig
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafprobleme ( Einschlafen, Durchschlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufig Atemwegsinfekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung / Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früher TBC gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemgeräusche / Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz hinter Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswürgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz bei nüchternem Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unverträglichkeiten gegen Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
empfindlicher Magen / Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck im rechten Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung /Durchfall im Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koliken (Galle, Niere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulterschmerzen rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen rechts oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz rechter Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen / Luft im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchzuckerintoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veränderter Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr oft Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht Wasserlassen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen- oder Nierenbeckenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lageveränderung der Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periode: Bitte unterstreichen: Schmerzhaft, selten, unregelmäßig, übermäßige Blutung, spärliche Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopause, Klimakterium seit _____				

Für Frauen:

Haben sie Kinder?

ja

nein

Wieviele? \_\_\_\_\_

Geburtsjahr	Komplikationen während der Schwangerschaft	Spontane Entbindung oder Kaiserschnitt	Komplikationen/ wurden Hilfsmittel benötigt?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	

Wenn Sie Ihre momentane körperliche Verfassung beurteilen, wie würden Sie sich einschätzen wenn 1= sehr schlecht und 10 = sehr gut darstellt:

Skala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----------------------------

Wenn Sie Ihre momentane psychische Verfassung beurteilen, wie würden Sie sich einschätzen, wenn 1= sehr labil und 10 = eine sehr gute psychische Verfassung darstellt:

Skala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----------------------------

**Selbstverständlich sind diese Angaben vertraulich, vielen Dank für Ihre Mithilfe!**