



Anamnese - Fragebogen

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
Straße	_____	E-Mail	_____
PLZ – Ort	_____	Familienstand	_____
Beruf	_____	Kinder	_____

Name der Versicherung _____

- | | |
|---|---|
| ☐ Gesetzlich (z.B. AOK, DAK) | ☐ Privatversicherung |
| ☐ Zusatzversicherung | ☐ Beihilfe |

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren _____

Bitte kreuzen sie zutreffenden an oder antworten Sie in eigenen Worten.

Was ist Ihr Wunsch an die Behandlung? Was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Erkrankung | ☐ Operation |
| ☐ Kummer | ☐ Hautausschläge |
| ☐ Trauer | ☐ Medikamente |
| ☐ Schreck | ☐ sonstiges: |

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Krebs | ☐ Herzerkrankung | ☐ Rheuma oder Gicht |
| ☐ Tuberkulose | ☐ Gefäßerkrankung | ☐ Steinleiden (Niere, Galle) |
| ☐ Geschlechtskrankung | ☐ Schlaganfall | ☐ Allergie |
| ☐ Psych. Erkrankung, Selbstn | ☐ Zuckerkrankung | ☐ Migräne |
| ☐ Hauterkrankung | ☐ Asthma | ☐ Multiple Sklerose |
| ☐ sonstiges: | | |

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Tuberkulose (BCG) | ☐ Hepatitis | ☐ Pocken | ☐ Masern |
| ☐ Poli (Kinderlähmung) | ☐ Cholera | ☐ Grippe | ☐ Windpocken |
| ☐ Diphtherie | ☐ Corona | ☐ FSME | ☐ HPV |
| ☐ Tetanus | ☐ Gelbfieber | ☐ Gürtelrose | ☐ sonstige |

Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber
- ☐ Krämpfe
- ☐ Unruhe
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Verhaltensveränderung
- ☐ Herzsymptome
- ☐ sonstige:

Durchgemachte Infektionskrankheiten

- | | |
|--|--|
| ☐ Masern | ☐ Salmonellen |
| ☐ Mumps | ☐ Borreliose |
| ☐ Röteln | ☐ Ruhr |
| ☐ Windpocken | ☐ Gonorrhöe |
| ☐ Scharlach | ☐ Syphilis |
| ☐ Tetanus | ☐ Tropenkrankheiten |
| ☐ Kinderlähmung | ☐ Corona |
| ☐ Malaria | ☐ sonstige: |
| ☐ Tuberkulose | |
| ☐ Pfeiffisches Drüsenfieber | |

Haben Sie Heuschnupfen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
Wann?
- ☐ Symptome?

Haben Sie Allergien?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
Wogegen?
- ☐ Symptome?

Haben Sie Unverträglichkeiten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
Welche?
- ☐ Symptome?

Hals - Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| ☐ häufig | ☐ Hinterhauptregion | ☐ witterungsabhängig |
| ☐ selten | ☐ Halbseitig | ☐ zyklusabhängig |
| ☐ Migräne | ☐ Eher links | ☐ stressbedingt |
| ☐ morgens | ☐ Eher rechts | ☐ Was verbessert? |
| ☐ abends | ☐ Doppelseitig | ☐ Was verschlechtert? |
| ☐ Stirn | ☐ anders: | |
| ☐ Augen | | |
| ☐ Schläfen | | |

Haare

- ☐ Haarausfall
- ☐ Vereinzelt
- ☐ Kreisrund
- ☐ Seit wann?

Augen

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ Trockene Augen
- ☐ Kurzsichtig
- ☐ Weitsichtig
- ☐ Grauer Star
- ☐ Glaukom
- ☐ Maculadegeneration
- ☐ sonstige:

Ohren

- ☐ Tinnitus - links/rechts
Seit wann?
- ☐ Schwerhörigkeit - links/rechts
Seit wann?
- ☐ Hörsturz – links/rechts
Wann?

Mund

- ☐ Wiederkehrende Bläschen
- ☐ Parodontitis
- ☐ Zungenbrennen
- ☐ Mundgeruch
- ☐ Geschmack nach:

Mandeln

- ☐ Operation
- ☐ oft Mandelentzündungen
- ☐ als Kind oder heute

Nase

- ☐ Chron. Schnupfen
- ☐ häufige Nebenhöhlenentzündung
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Operation
- ☐ Absonderungen: wässrig, eitrig, grünlich

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion
- ☐ Unterfunktion
- ☐ Hashimoto
- ☐ Vergrößerung
- ☐ Knoten – heiße / kalte
- ☐ Operationen
- ☐ sonstige:

Nerven/Gehirn

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Epilepsie
- ☐ Herpes
- ☐ Gürtelrose
- ☐ Nervenverletzung
- ☐ sonstige:

Zähne/ Kiefer

- ☐ Spange
- ☐ Knirschschiene
- ☐ tote / wurzelbehandelte Zähne
- ☐ häufig Zahnschmerzen
- ☐ Amalgamfüllungen entfernt mit Ausleitung / ohne Ausleitung

Zahn- / Füllmaterialien

- ☐ Amalgam
- ☐ Gold
- ☐ Titan
- ☐ Kunststoff
- ☐ Keramik
- ☐ sonstige:

Zahnersatz

- ☐ Implantat
- ☐ Brücke
- ☐ Kronen
- ☐ Prothese

Brust – Bauch – Darm**Brustdrüse**

- ☐ Zysten
- ☐ Operationen
- ☐ Brustspannen
- ☐ sonstiges:

Herz

- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Beklemmungen
- ☐ Rythmusstörung
- ☐ Infarkt
- ☐ Stents
- ☐ sonstiges:

Lunge

- ☐ oft Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Asthma
- ☐ Auswurf
- Farbe:

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Gastritis
- ☐ sonstiges:

Milz/Bauchspeicheldrüse

- ☐ vergrößert
- ☐ chronische Entzündung
- ☐ Diabetes Typ I
- ☐ Diabetes mellitus/ Typ II
- ☐ Schwangerschaftsdiabetes

Galle

- ☐ Steine
- ☐ Krämpfe/Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Leber

- ☐ Fettleber
- ☐ Entzündung
- ☐ Hepatitis
- ☐ Zysten

Darm

- ☐ Infektionen
- ☐ Blinddarm-OP
- ☐ Häufige Antibiotikaeinnahme
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blähungen
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Morbus Chron
- ☐ Colitis Ulcerosa
- ☐ Anomalie
- ☐ Operationen
- ☐ Divertikel

Stuhlgang

- ☐ täglich
einmal / häufiger
- ☐ jeden 2./ 3./ 4. Tag
- ☐ Neigung zu Verstopfung
- ☐ Neigung zum Durchfall
- ☐ knollig
- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ schmierig
- ☐ benötige viel Klopapier
- ☐ übelriechend

Rücken – Arme – Beine - Haut**Arme**

- ☐ Schmerzen
- ☐ Kribbeln
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ kalte Hände
- ☐ feuchte Hände
- ☐ Verletzung/OPs

Beine/Füße

- ☐ Schmerzen
- ☐ Kribbeln
- ☐ Krampfadern
- ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ kalte Füße
- ☐ geschwollene Beine
- ☐ Verletzung/OPs

Rücken

- ☐ eingeschränkte Beweglichkeit
- ☐ Verspannung
- ☐ Rheuma
- ☐ Schmerzen
- ☐ Skoliose
- ☐ Bandscheibenvorfall, wo?
- ☐ Verletzung/OPs

Haut/Nägel

- ☐ Neurodermitis
- ☐ Schuppenflechte
- ☐ Ekzeme
- ☐ Akne
- ☐ Hautpilz
- ☐ Neigung zu Abzessen / Furunkeln
- ☐ Verbrennungen
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Nagelbettentzündungen

Narben

- ☐ Nein
- ☐ Ja
Wo? Und warum?

- _____

Gynäkologie

- ☐ Eierstockentzündung
- ☐ Ausschabung
- ☐ Abtreibung
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Neigung zum Vaginalpilz
- ☐ Neigung zu Blasenentzündung
- ☐ Sterilisation
- ☐ Auffälliger PAP Abstrich
- ☐ Auffälliger / vermehrter Ausfluss
- ☐ Senkungsbeschwerden
- ☐ trockene Vaginalschleimhäute
- ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Entfernung von Gebärmutter / Eierstöcke
- ☐ sonstiges:

Schwangerschaft/en

- ☐ Probleme in der Schwangerschaft

- ☐ Geburtstage Ihrer Kinder

Menstruation

- ☐ Alter bei der ersten Regelblutung:
- ☐ Wann war die letzte Regelblutung?
- ☐
- ☐ Regelmäßiger Zyklus Ja / Nein
- ☐ Wie viel Tage hat ein Zyklus?
- ☐ Zwischenblutungen
- ☐ starke Blutung
- ☐ schwache Blutung
- ☐ normale Blutung
- ☐ Beschwerden zum Eisprung
Welche?
- ☐ Beschwerden vor der Blutung
Welche?
- ☐ Beschwerden zu Beginn der Blutung
Welche?
- ☐ Wechseljahresbeschwerden
- ☐ Nehmen Sie Hormone/haben Sie eine Spirale?
Welche?

Geburten

- ☐ natürliche Geburt/en
- ☐ Kaiserschnitt/e
- ☐ Wehenhemmer
- ☐ Wehenförderer
- ☐ Probleme beim Stillen
- ☐ Wochenbettdepression

Prostata

- ☐ Probleme beim Wasserlassen
- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ OPs

Niere/Blase

- ☐ Nierensteine
- ☐ häufige Entzündungen
- ☐ Probleme Urin zu halten
- ☐ auffälliger Uringeruch

Sexualität

- ☐ verminderte Libido
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Erektionsstörung
- ☐ Ejakulationsstörung

Schmerzen

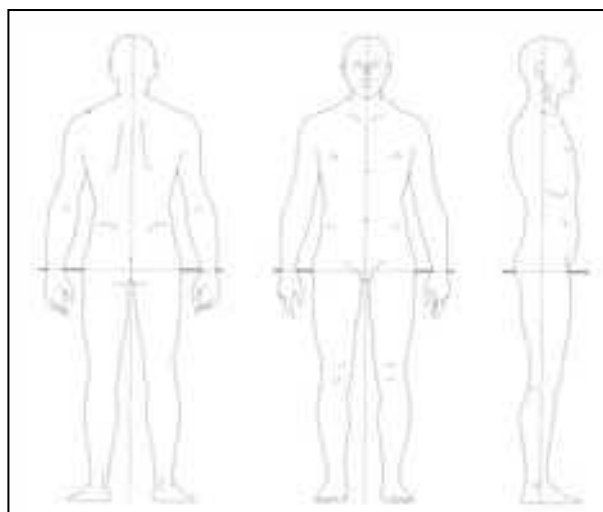
- Kreuz - punktförmiger Schmerz
 Linie - unklare Schmerzlokalisation
 Pfeil - ausstrahlender Schmerz

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?



Schmerzfrequenz

- ☐ immer
☐ mehrmals täglich
☐ alle paar Tage
☐ wöchentlich
☐ seltener

☐ Tageszeit:

Schmerzempfinden

- ☐ ziehend
☐ brennend
☐ stechend
☐ klopfend
☐ drückend, beengend
☐ kribbelnd
☐ anders:

was verschlimmert

- ☐ körperliche Belastung
☐ längeres stehen, sitzen, gehen
☐ Stress
☐ Kälte / Wärme
☐ Nahrungsmittel
☐ Husten / Niesen
☐ Wetterlage
☐ Monatsblutung
☐ sonstiges:

Was verbessert?

- ☐ Ruhe
☐ Schlaf
☐ Bewegung
☐ Kälte / Wärme
☐ Sport
☐ Schmerzmittel
☐ Urlaub
☐ sonstiges:

Begleitsymptome?

- ☐ Hautrötung / Blässe
☐ Schwellung
☐ Berührungsempfindlichkeit
☐ Schwitzen
☐ Seh- und Hörstörung
☐ Gangunsicherheit
☐ Müdigkeit
☐ Schwindel
☐ Bewegungseinschränkung
☐ Muskelschwäche
☐ sonstiges:

Zeckenbisse

- ☐ Ja
☐ Nein

Borreliose

- ☐ Ja
 Wie wurde diese Behandelt?

☐ Nein

Allgemein – emotional - Schlaf**Ihr aktuelles Körpergewicht:****Ihre Körpergröße:****Ernährung nach Ernährungsrichtlinien?****Ihre Blutgruppe:****Ihr Blutdruck:****Verwendung von Zuckerersatzstoffen?****Trinken Sie Alkohol?****Rauchen Sie?****tägl. Trinkmenge / was?****Sport? /welchen****Sind Sie zufrieden mit Ihrem Beruf?****Erläuterung:**
☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie zufrieden mit Ihren Lebensumständen:**Erläuterung:**
☐ Ja ☐ Nein
Möchten Sie an Ihrem Alltag etwas ändern?**Erläuterung:**
☐ Ja ☐ Nein
Psyche

- ☐ Essstörung
☐ Depression
☐ innere Anspannung
☐ Erschöpfung
☐ wenig belastbar
☐ Gefühlsschwankungen
☐ sonstiges:

Schlaf

- ☐ Schlaflosigkeit
☐ Einschlafprobleme
☐ häufiges Erwachen (Uhrzeit _____)
☐ Sprechen im Schlaf
☐ unruhige Beine
☐ Nachtschweiß
☐ Zähneknirschen
☐ Schnarchen
☐ Apnoe

Tagesablauf

- ☐ Aufstehzeit
☐ Schlafenszeit
☐ regelmäßige Pausen
☐ regelmäßige Energieeinbrüche
☐ Schichtdienst

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben in Stichworten. Bitte nutzen Sie dafür die Rückseite.