

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich heiße Sie in meiner Ganzheitlichen Praxis herzlich Willkommen.

Es liegt mir am Herzen, Sie in der Gesamtheit als Mensch mit Ihrer Lebensweise und Ihren Gewohnheiten zu sehen und nicht ausschließlich Ihre akuten Schmerzen zu betrachten. Dadurch vermeide ich eine reine Symptombehandlung und kann den Ursachen Ihrer Beschwerden auf den Grund gehen.

Mit diesem Anamnesebogen begleite ich Sie durch meine Praxis.

Bitte geben Sie mir daher die relevanten Daten.

Der erste Termin umfasst die komplette Datenaufnahme, alle Vermessungen und Untersuchungen sowie Besprechung der mitgebrachten Befunde. So kann ich Sie und Ihre Vorgeschichte kennen lernen und den aktuellen Status prüfen.

Bitte füllen Sie diesen Fragenbogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie den Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Beruf, Familienstand, Kinder? _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Gerinnungsstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Herzschrittmacher)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Diabetes oder Gicht? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Liegt mein Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Magen- Darm- oder Nierenerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Migräne? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie epileptische Anfälle oder Krämpfe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Asthma oder eine andere Atemwegserkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien (wenn ja welche)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Sind Sie schwanger? Wenn „ja“, in welcher Woche? Ja in Woche _____ Nein

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Nein

Wenn ja, welche? _____

Aktuelles Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? (mit Jahresangabe) _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich? Sehr wenig belastbar sehr stark belastbar

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Wie viel Liter ____ L und was trinken Sie pro Tag? _____

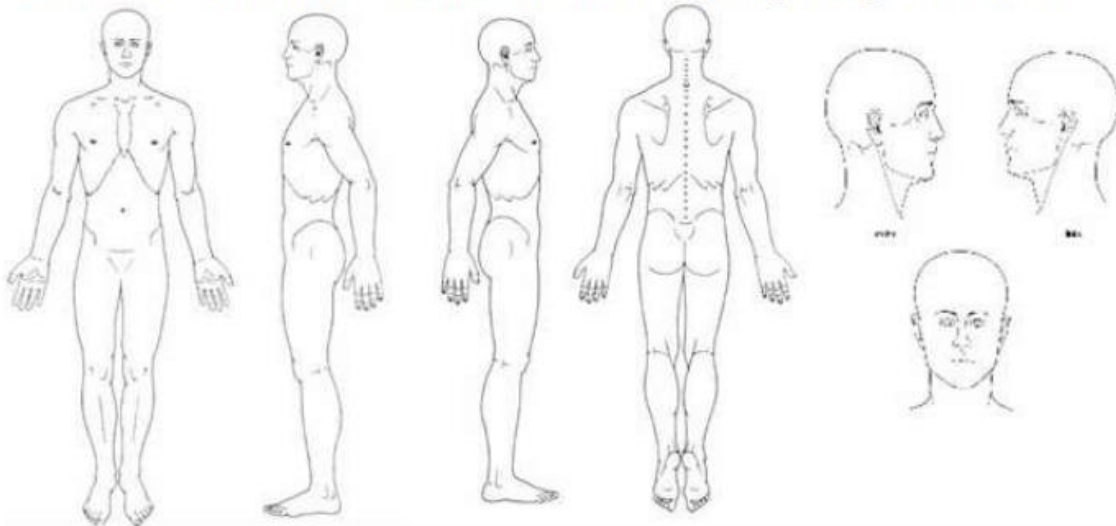
Schmerzen und Narben Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Bisherige Schmerzbehandlung _____

Bitte eintragen: Schmerzort rot, Ausstrahlung schraffiert oder orange, Narben grün Bitte tragen sie dazu die Intensität ein. Eine Zahl von 1 bis 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist.



➤ 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 den Schmerz? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

➤ Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörung, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges _____

Gab es Auffälligkeiten bei Ihrer eigenen **Geburt**?

z.B. Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Blutgruppenunverträglichkeit, Frühgeburt, Brutkasten, Operationen, Atemnot, Sonstiges _____

Gab es Probleme in Ihrer **Kindheit**?

z.B. Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Gipsbett, viele Allergien oder häufige Infekte, Sonstiges _____

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer **Familie** bekannt? Nur Eltern und Geschwister.

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

Welche **Infektionskrankheiten** haben Sie durchgemacht?

HIV, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Ruhr, Salmonellose, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, Hepatitis A / B / C

Welche **schweren Erkrankungen und Traumata** haben Sie durchgemacht? (bitte mit Jahresangabe)

z.B. Unfall, Knochenbruch, Gehirnerschütterung, Schock

Augen Tragen Sie eine Brille/Linsen? Wenn ja: Kurzsichtig/Weitsichtig
Bindehautentzündung, Grauer Star, Makuladegeneration, erhöhter Augendruck...

Ohren Tinnitus re / li seit _____ Schwerhörigkeit re / li seit _____ Hörgerät re / li

Mund / Zähne Haben Sie Zahnersatz? Wenn ja: wo?

Haben / Hatten Sie Wurzelbehandlungen? Wenn ja: wo?

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? Wenn ja: wo und welche?

Rücken: eingeschränkte Beweglichkeit, Rheuma, Operationen _____

Verspannung: _____

Schmerzen: _____

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße

Kribbeln, Taubheitsgefühl, Einlagen _____

Nase: chronische Nebenhöhlen- oder Mandelentzündungen, behinderte Nasenatmung

OP? _____

Herz: Bluthochdruck, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,

Schrittmacher, _____

Niere/ Blase Steine, Kolik, Fehlbildungen, Blasenentzündungen, Nierenbeckenentzündungen

Inkontinenz, Beschwerden beim Wasserlassen, Restharn, „Tröpfeln“

Lunge Bronchitis, häufig Husten, COPD, Asthma, Rauchen, wenn ja wie viel _____

Leber Entzündungen, Hepatitis, Vergrößerung, Zirrhose, Tumore

Wie häufig trinken Sie pro Woche Alkohol? _____

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blut, Blinddarmoperation, Verstopfung, Durchfall

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen, Schlafdauer ca. ____Std.

Frauenheilkunde

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

Ja Nein

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

Ja Nein

Wenn Sie leibliche Kinder haben.

a. Wie war die Geburt?

Spontangeburt PDA
 Zangengeburt Steißlage

b. Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft, oder nach Geburt?

Ja Nein

Wenn ja welche?

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden?

Bitte bringen Sie weitere relevante Befunde zum Termin mit (Arztbriefe, Befunde, Röntgenbilder o.ä.)

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Datum: _____ **Unterschrift** (ggf. Sorgeberechtigte) _____