

Anamnesebogen

Anrede / Titel	
Vorname / Name	
Geburtsdatum	

1. **Welche akuten Beschwerden haben Sie zur Zeit?**
Welche Beschwerden haben Sie im Moment? Warum kommen Sie zu mir?

Wo sind die Beschwerden genau?

Wie fühlen sich die Beschwerden an? Spitz, dumpf, flächig, brennend, ausstrahlend...

Wann und wie hat es begonnen? Gab es einen Ihnen bekannten Auslöser?

Wie ist der Verlauf ihrer Beschwerden? Was macht es besser / schlechter?

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen:

Leiden Sie unter chron. Erkrankungen, wenn ja, welche? (z.B. Asthma, Diabetes, hoher RR)

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Hatten Sie, im Laufe des Lebens, Unfälle (z.B. Autounfall, Stürze...) gehabt?

Wenn ja, welche?

Hatten Sie Operationen gehabt? Wenn ja, welche? Und warum?

Haben Sie Implantate im Körper? (z.B. Künstliches Hüftgelenk, Herzschrittmacher usw.)

Haben Sie schwere Krankheiten durchgemacht? Wenn ja, welche?

Haben Sie Kinderkrankheiten durchgemacht? Wenn ja, welche?

Wie war die eigene Geburt?

Haben Sie psychiatrische Vorerkrankungen (Depression, Phobie...)? Wenn ja, welche?

3.

Welche Medikamente nehmen Sie? Seit wann? Wogegen nehmen Sie diese Medikamente?

Nehmen Sie Abführmittel, Schlafmittel, Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel?

Wurden Sie in den letzten Monaten geimpft (Gegen was)?

Bekommen Sie momentan eine Therapie?

4. Schaffen wir uns einen Überblick

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

JA	NEIN
----	------

Schwitzen Sie nachts viel?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie (ohne Absicht) stark abgenommen?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie öfters Fieber oder erhöhte Temperatur?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie öfters erniedrigte Temperatur?

JA	NEIN
----	------

Frieren Sie leicht?

JA	NEIN
----	------

Treten bei Ihnen schnell blaue Flecken auf?

JA	NEIN
----	------

Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Blutdruckprobleme?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Husten? Wenn ja, wie lange schon?

JA	NEIN
----	------

Ist beim Husten ein Auswurf dabei? Wenn ja: Farbe? Konsistenz?

Ist Blut im Auswurf?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse? Medikamente?

Leiden Sie unter Atemnot? Wenn ja, wie lange schon?

Leiden Sie unter Sehstörungen?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Ohrgeräusche? Rauschen, Pfeifen

Wie ernähren Sie sich überwiegend? Gemüse – Fleisch – Fisch – Obst – Süßigkeiten?

Wie oft essen Sie am Tag?

Gibt es Unverträglichkeiten?

Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie eine plötzliche Abneigung gegen bestimmte Speisen?

Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Wenn ja, wo?

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? Wenn ja, wann?

Leiden Sie unter Sodbrennen?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Blähungen?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie täglich Stuhlgang? Wie oft in der Woche?

Leiden Sie unter Durchfall? Wenn ja, wie häufig am Tag? Seit wann?

Leiden Sie unter Verstopfung? Wenn ja, wie oft? Seit wann?

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Schmerzen oder ein Brennen beim Wasserlassen?

JA	NEIN
----	------

Bemerken Sie Veränderung der Harnmenge oder Harnfarbe?

Haben Sie Blut im Urin festgestellt?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten? Bei Belastung oder in Ruhe?

JA - Bei Belastung	JA - In Ruhe	NEIN
--------------------	--------------	------

Bemerken Sie eine Abschwächung des Harnstrahls oder ein Nachtröpfeln?

Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen, um Wasser zu lassen?

Liegen oder lagen Nierensteine bei Ihnen vor?

Liegen vor	Lagen vor	NEIN
------------	-----------	------

Lagen bei Ihnen Gallensteine vor?

JA	NEIN
----	------

5. Nur bei Frauen relevant - Gynäkologische Anamnese der Frau

Sind Sie schwanger?

JA	NEIN
----	------

Wie lange ist die Dauer Ihres Zyklus?

Wie ist die Blutungsstärke? Schwach, Normal, Stark?

Schwach	Normal	Stark
---------	--------	-------

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? Wenn ja, welche?

Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr?

Während	Danach	NEIN
---------	--------	------

Wie verhüten Sie? Pille, Spirale, 3-Mo-Spritze, Stäbchen?

Kinderwunsch?

JA	NEIN
----	------

6. Nur bei Männern relevant - Spezifische Anamnese des Mannes

Leiden Sie unter Erektionsstörungen oder Impotenz?

Leiden Sie unter einer Hodenschwellung?

JA	NEIN
----	------

Leiden Sie unter Schmerzen im Hodenbereich?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr?

Während	Danach	NEIN
---------	--------	------

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

Wie ist Ihr körperliches Allgemeinbefinden?

Gut	Normal	Schlecht
-----	--------	----------

Wie ist Ihr geistig-seelisches Allgemeinbefinden?

Gut	Normal	Schlecht
-----	--------	----------

Sind Sie schnell nervös und aufgeregt?

JA	NEIN
----	------

Sind Sie öfters krank?

JA	NEIN
----	------

Fühlen Sie sich leistungsfähig?

JA	NEIN
----	------

Was sind Ihre Hobbys?

Gehen Sie sportlichen Betätigungen nach? Wenn ja, welche und wie oft?

Haben Sie Sorgen? Mit sich, dem Job oder der Familie?

Haben Sie Ängste oder Phobien?

Leiden Sie unter Schlafstörungen? (Einschlaf-Durchschlaf-Störungen?)

Knirschen Sie mit den Zähnen? (Knirscherschiene?)

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich?

Trinken Sie täglich Alkohol? Wenn ja, wie viel?

Welche Tätigkeiten üben Sie beruflich aus?

(schwere körperlich Arbeit?, Einseitige Belastung?, Gefahrenstoffe?, Psychische Belastung?)

Leben Sie in einer Partnerschaft?

JA	NEIN
----	------

Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele? Wie alt?

Gibt es chronische Erkrankungen bei den Eltern oder nahen Verwandten? Wenn ja, welche?

**8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen?
Gibt es noch etwas, das ich wissen sollte?**

Datum, Unterschrift Patient