

Anamnese-Bogen



Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

Zur Vorbereitung auf Ihre Erstkonsultation (Ersttermin) benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Aufnahmebogen unter Beifügung aller erforderlichen Unterlagen (Vorbefunde wie z.B. Blutuntersuchungen, ärztliche Befundberichte, zahnärztliche Unterlagen etc.) möglichst vorab per E-Mail oder postalisch vor dem Termin. Sie erleichtern uns damit eine gute Vorbereitung Ihres Termins und unserer gemeinsamen Arbeit.

Erstellen Sie bitte vorab

- einen eigenen, möglichst vollständigen, „**chronologischen Krankenlebenslauf**“ (kurz und stichpunktartig mit Jahresangabe) – bitte nehmen Sie sich die Zeit dafür!
- einen **Medikamentenplan** (fachmedizinisch Medikamente, Nahrungsergänzung etc.)

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen so vollständig und wahrheitsgetreu wie möglich und lassen nicht Zutreffendes aus. Pflichtangaben sind mit einem Stern* gekennzeichnet.

Persönliche Angaben:

- Vor- und Nachname*
- Geburtsdatum*
- Geschlecht (m/w/d)*
- Anschrift*
- E-Mail*
- Telefon (tagsüber)/Festnetz
- Mobiltelefon
- Fax
- Staatsangehörigkeit*
- Familienstand*
- Kinder*
- Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter
- Aktuelle berufliche Tätigkeit*
- ggf. andere erlernte Berufe
- aktueller Arbeitgeber*
- selbstständig / Firma bzw. Betrieb:

- Krankenversicherung/Krankenkasse/ ggf. Vers.-Nr.*
- Hausarzt
- Blutgruppe (A/B/AB/O – Rh positiv/negativ)
- Wie groß sind Sie? _____ cm*
- Wieviel wiegen Sie aktuell? _____ kg*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?:

- Website
- Social Media
- Presse, Medien
- Google-Suche
- Bewertungsseite
- Persönliche Empfehlung durch:
- Gesundheitszentrum
- Sonstiges, und zwar:

Grund Ihres Besuches / aktuelle gesundheitliche Beschwerden

Was:

Beginn / auslösendes Ereignis / was verschlimmert bzw. verbessert, ...

Zeitliches Auftreten der Beschwerden: allmählich, akut, periodisch, ...

Lokalisation: punktuell, ausstrahlend, oberflächlich/tief, ...

Art der Beschwerden: dumpf/spitz/bohrend/...,

Begleiterscheinungen:

Schmerzszonen

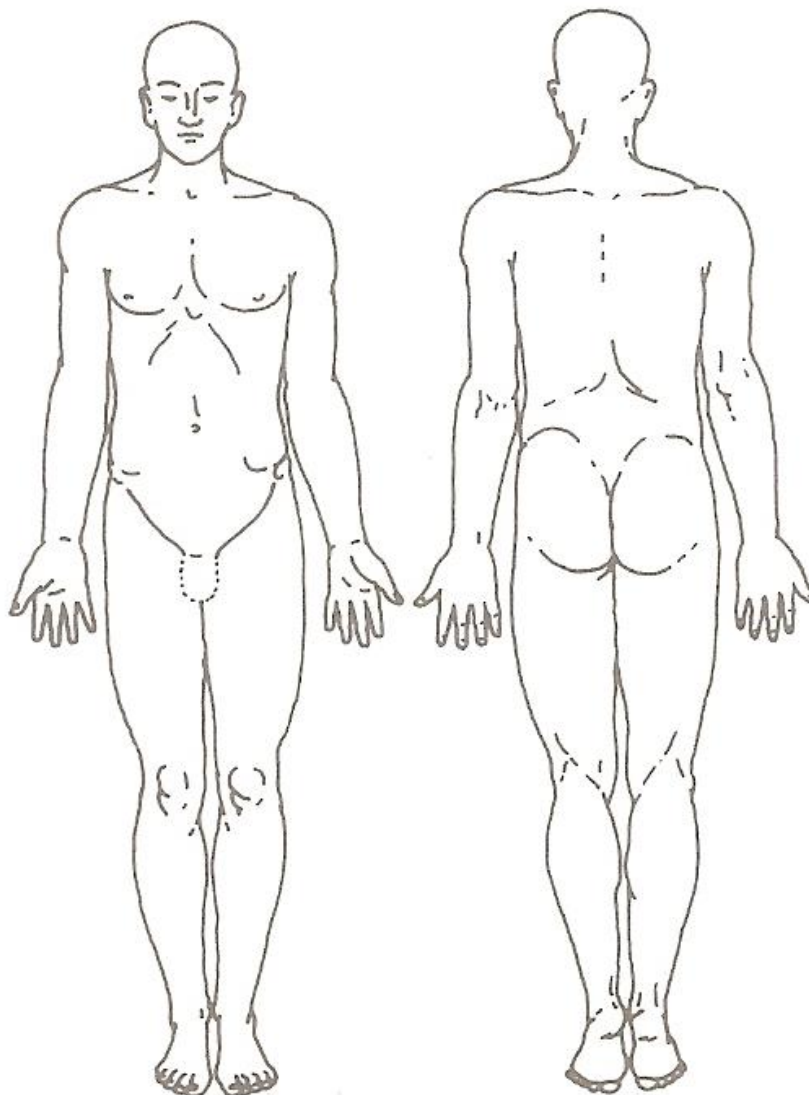
Bitte skizzieren Sie die bei Ihnen vorliegenden Schmerzen vollständig wie folgt unten ins Bild:

ausgefüllt/schwarz = intensiver Schmerz

Schraffiert = mittlerer Schmerz

gepunktet = leichter Schmerz

Intensität: Skala von 1-10, (0 = beschwerdefrei, 10 = extrem und unerträglich)



Leiden Sie unter

- Schmerzen oder Beschwerden im Bewegungsapparat
- Bauch-/Verdauungsproblemen
- Wiederkehrenden Verletzungen
- Wiederkehrenden Infekte
- Anderen oder sonstige Beschwerden?

Waren Sie bereits schon einmal in heilpraktischer Behandlung?

Nein

Wenn ja, mit welchen diagnostischen und therapeutischen Methoden hatten Sie bereits Kontakt und wie waren Ihre Erfahrungen damit? Wie oft wurden welche Maßnahmen durchgeführt?

Zurückliegende und fortbestehende Erkrankungen oder Verletzungen:

Hatten Sie in der Vergangenheit schwere oder wiederkehrende Erkrankungen

- Nein
- Ja, und zwar:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?:

Für notwendige Ergänzungen bitte Rückseite nutzen

	Bei Ja bitte ankreuzen
Krampfleiden / Erkrankungen des Nervensystems	
Augenerkrankungen	
Ohrenerkrankungen	
Zahnerkrankungen (Zahnstatus & OPC bzw. OPG !?)	
Bluthochdruck	
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	
Andere Herzerkrankungen	
Schlaganfall (oder Vorstufen)	
Durchblutungsstörungen der Arme/Beine	
Thrombose oder Lungenembolie	
Blutgerinnungsstörungen, andere Bluterkrankungen	
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, ...)	
Lebererkrankungen	
Erkrankungen des Verdauungstraktes	
Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus	
Fettstoffwechselstörungen	
Akute/Chronische Infektionskrankheiten	
Erkrankungen der Niere/Blase	
Operationen/Unfälle	
Hauterkrankungen	
Tumorerkrankungen/Krebserkrankungen	
Psychische Erkrankungen	
Sonstiges	

Anamnese-Bogen



Können Sie gut schwitzen? vermehrt – normal – vermindert – Nachtschweiß-sonstiges?

Trinkverhalten: Wie viel, was und wann trinken Sie über den Tag hinweg?

Haben Sie in den letzten 3-6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Ja/Nein Wieviel/Zeitraum?

Essverhalten: (typ. Tagesablauf in Bezug auf die Nahrungsaufnahme)

Wann, was, wieviel ...

Appetitlosigkeit, plötzliche Abneigung gegen bestimmte Speisen, Übelkeit/Erbrechen

Besondere Vorlieben?

Besondere Abneigungen?

Sonstiges:

Wasserlassen/Harnverhalten:

Wann, wie oft und wieviel Urin geben Sie im Tagesverlauf ab? _____ x pro Tag (Frequenz)

Brennen oder Schmerzen beim Wasserlassen?

Harninkontinenz?

Nächtliches Wasserlassen?

Sonstiges:

Stuhlgang/Stuhlverhalten:

Konsistenz:

normal – eher weich bis ungeformt – Durchfall/Diarrhoe – Verstopfung/Obstipation – wechselnde Stuhlgewohnheiten, mal verstopft, dann wieder weich bis ungeformt im Wechsel,

Sonstiges:

Geruch:

Stuhlentleerungen: normal – dringend – sehr dringend

Anus- bzw. Afterjucken j/n - bekanntes Haemorrhoidalleiden/Haemorrhoiden (j/n)

Bähungen/Darmgase geblähter Bauch/Meteorismus

Sonstiges

Schlaf:

Dauer: von bis

Einschlafstörungen:

Durchschlafstörungen:

Träume/Alpträume:

Sonstiges:

Genuss- und Suchtmittel

Rauchen Sie, wenn ja, was und wie viel pro Tag? Nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was und wieviel?

Konsumieren Sie andere Suchtmittel oder Drogen? Wenn ja, welche und wieviel?

Sind bei Ihnen **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** bekannt?

- Nein
- Ja, und zwar:
 - Speziell gegen Medikamente
 - Sonstige(s)

Anamnese-Bogen



Frauen:

Geburten: Fehlgeburten: Abbrüche:

Kinder: (jew. Geschlecht/Namen , Jahrgang , Alter (heute))

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. ...

Zyklus: regelmäßig unregelmäßig

Blutungen:

Farbe: hell – mittel – dunkel

Konsistenz: dünnflüssig – dickflüssig – ohne/mit Koagel- krümelig

Volumen: + 0 - plötzlich – massiv Schmierblutungen

Schmerzen: vor – während – nach der Menstruation Rücken-Unterbauch-Brust-PMS-...

Emotionen:

Fluor vaginalis/Ausfluss:

Farbe: weiß-gelb-rot

Volumen: wenig – viel

Konsistenz: dünnflüssig – zähflüssig, klebrig

Geruch: geruchlos – dezent – stinkend

Sonstiges

Männer:

Kinder:

Prostata:

Sexualität (beide Geschlechter!):

Leben Sie eine für Sie erfüllende Sexualität?

Wenn nein, welche Beschwerden oder Probleme gibt es?

Gibt es ein besonderes Sexualverhalten oder besondere Sexualpraktiken?

Sonstiges:

Haben oder hatten Sie Probleme mit Zähnen oder Kiefergelenk(en):

- Nein
- Ja, und zwar:

Haben oder hatten Sie Probleme mit Kopfschmerzen oder Migräne?

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein
- Ja, und zwar:

- Sonstiges

Nehmen oder nahmen Sie in der nahen Vergangenheit regelmäßig Vitamine, Mineralstoffe, etc. als Nahrungsergänzung ein?

- Nein
- Ja, und zwar:

Freizeitgestaltung/Hobbies/besondere Lebensgewohnheiten:

Auslandsaufenthalte (auch europäisches Ausland), insbesondere innerhalb der letzten 10 Jahre? (Wann/Wo /insbesondere Tropen od. Subtropen?) / Wie lange)

Anamnese-Bogen



Wurden Sie in der nahen Vergangenheit geimpft? Wann wurden Impfungen und ggf. wogegen durchgeführt (Impfbuch)?

Haben Sie Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Darmkrebspräventionsuntersuchung) in der Vergangenheit durchführen lassen, wenn ja, wann und welche:

Familienanamnese:

Gab es maßgebliche Erkrankungen (wie z.B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit/Diabetes, Nerven- oder Geisteskrankheiten, Allergien, ...) in Ihrer Familie?

Mutter:

Vater:

Großmutter (mütterl.)

Großvater (mütterl.)

Großmutter (väterl.)

Großvater (väterl.)

Geschwister:

Andere Verwandte (z.B. Onkel oder Tanten, etc.)

Gibt es einen weiteren Punkt, den Sie uns hier noch mitteilen möchten?

Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert (s. Anlage)

Allgemeine und rechtliche Patientenaufklärung gelesen und akzeptiert (AGB)

Wünschen Sie eine langfristige, regelmäßige Betreuung hinsichtlich Ihrer Gesundheit nach unseren Empfehlungen?

Ja

Nein, zunächst nur eine einmalige Beratung/Behandlung

Ort / Datum / Unterschrift