

# Anamnese



Nachname:

Vorname(n):

Adresse:

E-Mail:

Geburtstag:

Telefon geschäftlich:

Telefon privat:

Über wen kommen Sie zu uns:

Hausarzt:

Versicherung:

Gesetzlich

Privat: \_\_\_\_\_

Beihilfe

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Bei Kindern Rechnungsempfänger:

**Erlernete Berufe:**

**Händigkeit:**  Linkshänder  Rechtshänder

## Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern sie zutreffen, ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Wichtig!! Schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 – 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark) und in welchem Alter es zum ersten Mal aufgetreten ist.

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 Hauptbeschwerden)**

**Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1.

2.

3.

**Welche Medikamente nehmen Sie ein? Dosis? Seit wann?** Bitte Medikamente mitbringen.

**Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Veränderung der Lebensumstände

**Waren Sie in den 6 Monaten vor Auftreten der Beschwerden im Ausland?**

Ja. Bitte Länder angeben: \_\_\_\_\_  Nein

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister...)**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis...

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, FSME (Zecken), COVID-19

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Erkältungssymptome, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen...

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio). Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose...

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon mal mit Kortison behandelt?**

**Wann war die letzte Antibiotika-Einnahme:** \_\_\_\_\_

**Wie häufig ungefähr wurden Antibiotika im Leben eingenommen:**  nie  1 – 2 mal  
 2 – 5 mal  5 – 10 mal/mehr

**KOPF**

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Wie häufig? Selten?**

Stirn – Augen – Schläfen - Hinterhauptregion

Morgens – abends

Halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert?

Was verschlechtert?

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann

**Augen:** Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makuladegeneration etc.

**Ohren:** links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

**Zähne / Kiefer:** Bitte ankreuzen

Zahnspange	<input type="radio"/> aktuell	<input type="radio"/> in der Vergangenheit	<input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> feste	<input type="radio"/> lose	
Retainer (Draht)	<input type="radio"/> aktuell	<input type="radio"/> in der Vergangenheit	<input type="radio"/> Nein
Flouridbehandlungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Wie oft? _____	
Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche? _____	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche? _____	
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche? _____	
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Tote Zähne	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche? _____	
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche? _____	
Wurden Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche? _____	
Wurde Amalgam ausgeleitet?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Womit? _____	

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik  Implantate

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:

**Mandeln:** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

## RUMPF & ERNÄHRUNG

---

- Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten
- Herz:** Beschwerden. Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass
- Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis:
- Lunge:** Bronchitis, häufig, Husten, Auswurf, Lungenentzündung
- Leber:** Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher
- Galle:** Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen
- Darm:** Juckreiz am After, Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation  
Blähungen:  nein  ja →  geruchlos  riechen (übel/faulig/schwefelig)
- Ernährung:** Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol...  
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol...  
**Allergien/Unverträglichkeiten von:** \_\_\_\_\_

### Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)

Nein  Ja Welche?

### Nutzen Sie Fertigwürzen wie z.B. Maggi oder MaggiFix?

- Trinken:** Was trinken Sie?  
Wieviel Wasser/Tee trinken Sie pro Tag? Liter  
Kaffeetassen pro Tag:
- Rauchen:**  nein  ja wie viele:
- Alkohol:** Wie häufig? Was?
- Stuhlgang:** täglich, ca. jeden 2./3./4. ... Tag, unregelmäßig  
Riecht nach:  
Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall  
**Stuhl:** hell, dunkel, übelriechend, voluminös/viel, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,  
klebt, schwimmt, mit „Fettaugen“  
Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.,  
brauche viel Papier/Toilettenbürste
- Niere / Blase:** Nierensteine, Entzündungen – häufig, Stechen im Rücken – rechts / links
- Harn:** viel, wenig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach

## ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

---

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände...
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose

**Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, Hautallergien auf (Creme etc.):

**Hatten Sie Knochenbrüche? Welche? Wann?**

## ♀ FRAUEN

**Gynäkologisch:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten mit Jahreszahl:  
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.

**Periode:** Wann war die erste: Wann die letzte:

Blutungen sind: hell, dunkel, klumpig, braun

Regelblutung ist: stark, schwach, dauert lange

Abstand der Regelblutungen:

Beschwerden vor / nach / während der Regel – welche:

Zwischenblutungen:  ja  nein

Wechseljahrsbeschwerden:

Nehmen Sie Verhütungsmittel?  nein  ja, welche: Seit wann?

Welche Pille(n) haben Sie in der Vergangenheit genommen?

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

## ♂ MÄNNER

**Prostata:** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?

**Haben Sie Erektionsprobleme?**

## ALLGEMEINES

---

**Wie war Ihre eigene Geburt?**

Natürliche Geburt, Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke, Kristellern, Nabelschnur um Hals...

**Geschwister mit Geburtsdatum:**

**Wo haben Sie Narben?** Auch kleine eintragen mit Alter der Entstehung (wichtig!)

**Gab es Unfälle? Wann?**

Autounfall, Fahrradunfall...

**Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: \_\_\_\_ Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen...

**Träume:** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah...

**Haben Sie Haustiere?**  nein  ja, welche?  
Werden diese regelmäßig entwurmt?

**Sportarten:** Wie häufig?

**Häuslicher Bereich:**  
**Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?**

**Verwenden Sie DECT (Schnurlostelefone) Telefone?**  ja  nein

**Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?**  
 Nein  Ja. Welche?

**Sind Sie momentan noch in anderer Therapie?**  
 Nein  Ja. Welche?

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z. B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?**

**Welche Therapien haben eine, auch kurzzeitige, Verbesserung gebracht?**

**Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr schlecht, 10=sehr gut)**  
**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1=sehr schlecht, 10=sehr gut)**

Bitte bringen sie evtl. vorhandene Laborergebnisse mit.  
Machen Sie eine **Chronologie der Krankengeschichte** (notfalls Rückseite benutzen)  
und erfassen Sie darin alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Alter	Erkrankung / Operation

Zutreffendes bitte ankreuzen:

		Ja	Nein
1	Zeckenbiss (Schildzecke, Hundezecke)	J	N
2	Hautrötung am Ort des Bisses	J	N
3	Hautrötung an anderen Stellen	J	N
4	Muskelschmerzen	J	N
5	Schwellung an den Zehen, am Fußballen	J	N
6	Schmerzen am Fußknöchel	J	N
7	Brennen in den Füßen	J	N
8	Shin Splints (Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur)	J	N
9	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren	J	N
10	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Zunahme oder Verlust)	J	N
11	Erschöpfung, Müdigkeit	J	N
12	Nicht erklärlicher Haarausfall	J	N
13	Geschwollene Lymphknoten	J	N
14	Halschmerzen	J	N
15	Schmerzen in den Hoden / Leisten	J	N
16	Nicht erklärliche Unregelmäßigkeit der Menstruation	J	N
17	Nicht erklärliche Milchproduktion (Lactation)	J	N
18	Empfindliche Blase oder Blasenfunktionsstörung	J	N
19	Sexuelle Funktionsstörung oder Libidoverlust	J	N
20	Magenbeschwerden	J	N
21	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfung, Durchfall)	J	N
22	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen	J	N
23	Kurzatmigkeit, Husten	J	N
24	Herzklopfen, Herzstolpern	J	N
25	Gelenkschmerzen oder -schwellung	J	N
26	Steifheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens	J	N
27	Muskelkrämpfe	J	N
28	Zucken der Gesichtsmuskulatur oder anderer Muskeln	J	N
29	Kopfschmerz	J	N
30	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit	J	N
31	Kribbeln, Taubheit, Brennen oder Stiche	J	N
32	Gesichtslähmung (Bell's Palsy)	J	N
33	Augen/Sehvermögen: Doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen, verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)	J	N
34	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenschmerzen	J	N
35	Schwindel, Gleichgewichtsstörung, verstärkte Reisekrankheit	J	N
36	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen	J	N
37	Zittern	J	N
38	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken	J	N
39	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen	J	N
40	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis	J	N
41	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten	J	N
42	Schwierigkeiten beim Sprechen	J	N
43	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen	J	N
44	Gestörter Schlaf: zu viel, zu wenig, frühes Erwachen	J	N
45	Alkohol wird schlechter vertragen als früher	J	N
46	Herzgeräusche, Klappen-Prolaps in der Vergangenheit?	J	N