



Anamnesebogen

Name:

Alter:

Krankenkasse:

Beruf:

Hobbys:

Akute Beschwerden

Beschreibung der Schmerzen: Welche Schmerzen? Wo befinden sich diese? Ausstrahlung?

Wodurch werden die Schmerzen hervorgerufen oder verändert und gab es einen Auslöser?

Wann treten Schmerzen auf?

- ☐ Tag ☐ Nacht ☐ Belastung ☐ Ruhe ☐ dauerhaft
☐ Unterschiedlich

Können die Schmerzen gelindert werden? Wenn ja, wodurch?

- ☐ Kälte ☐ Wärme ☐ Sie können nicht gelindert werden
☐ Sonstiges _____

Gibt es Begleiterscheinungen, wie z.B. Taubheit oder Kribbeln?

Krankengeschichte

Hatten Sie bereits frühere Unfälle? Wenn ja, wann, wodurch und mit welchen Folgen?

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, welche Operation und wann?

Besitzen sie sonstige Narben am Körper?

Systemische Erkrankungen

Am Skelettsystem (z.B. Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Osteoporose, Osteomalazie, Frakturen, WS – Erkrankungen, bestimmte Gelenkbeschwerden) – Siehe auch vorherige Arzt schreiben...

Am Herz – Kreislaufsystem (z.B. Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall, Schwindel, Ödeme, Varizen) – Siehe auch vorherige Arzt schreiben...

Am Stoffwechsel/ Verdauungstrakt (z.B. Diabetes Mellitus, durchgemachte Lebererkrankung, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikel, Gastritis, Magenulzera, Nierensteine, Gallensteine, Schilddrüse, Ödeme) – Siehe auch vorherige Arzt schreiben...

Gewicht, Schlaf, Durst, Appetit, Konzentration, Schweiß, Aufstoßen, Blähungen, Sodbrennen, Durchfall, Verstopfung, wechselnde Stühle, etc.

An den Atmungsorganen (z.B. chronische Bronchitis, COPD / Emphysem, Asthma, Tuberkulose, Husten, Atemnot, Kurzatmigkeit, Sputum) – siehe auch vorherige Arzt schreiben...

Wann war der letzte grippale Infekt?

Neurologische Erkrankungen, wie z.B. Anfallsleiden, Tremor, bekannte Sensibilitätsausfälle, Sprache, Mimik, Gang, Bewegung, Konzentration, Wahrnehmung, adäquates Verhalten – siehe auch vorherige Arzt schreiben

Im gynäkologischen Bereich (z.B. Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Komplikationen)

Im urogenitalen Bereich (z.B. Harnwegsinfekte, Schmerzen beim Wasserlassen, Inkontinenz, Beckenbodenschwäche, Harnverhalt, Harndrang) – sieh auch vorherige Arzt schreiben

Hauterkrankungen, wie z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis – siehe auch vorherige Arzt schreiben

Bösartige Erkrankungen – Falls Ja, Welche, Wann und welche Therapieform?

Zahn – Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme?

Klammer/ Knirsch-Schiene? _____

Von – Bis (bzw. noch ausstehend)? _____

Anhaltende Allergien (z.B. auf bestimmte Stoffe, Arzneimittel, Nahrungsmittel, usw....)

Regelmäßige Arzneimittelaufnahme (z.B. ASS, Heparin, Betablocker, Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Schilddrüsenhormone, Pille)

Sonstige **Medikamente** (Was? /Wofür?)

Was?	Wofür?

Weitere Behandler, parallele Behandlungen (Internist, Zahnarzt, Orthopäde, etc.)

Bisherige Befunde und diagnostische Bilder? (Röntgenbild, CT, MRT, Szintigrafie)

Blutdruck (in Ruhe und Belastung)

Puls (in Ruhe und Belastung):

Wann war die letzte **Vorsorgeuntersuchung**?

☐ Gastroenterologisch (insbesondere Koloskopie, Gastroskopie)

☐ Gynäkologisch (Mammografie, Ultraschall)

☐ Augenärztlich

☐ Urologisch

☐ Medizinische Hilfsmittel (Brille/ Kontaktlinsen, Schuheinlagen, Hörgeräte, o.ä.)

Familienanamnese

Kommen **gehäufte Erkrankungen** in der Familie vor und welche?

(z.B. Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung)

Befinden sich darunter **bösartige Erkrankungen** (z.B. Mamma-, Kolon-, Prostatakarzinom)?

Sonstige Erkrankungen innerhalb der Familie?

Risikofaktoren

Rauchen Sie? ☐ Ja, tägliche Dosis: _____

Wie viel Wasser nehmen sie ca. täglich zu sich? _____

Tägliche Koffein-Dosis: _____

Ungewöhnliche, bzw. auffallende Ernährungsgewohnheiten?

☐ Ja, Kombinationsvarianten: _____

Ernährungsumstellungen:

☐ Vegetarier ☐ Veganer

Stuhlgangverhalten:

☐ Regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ abwechselnd

& Häufigkeit des Stuhlgangs: _____

Gewichtsschwankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Aktuelles Gewicht: _____ Aktuelle Größe: _____

Sportliche Aktivitäten:

Welche Aktivitäten? _____

Wie oft wöchentlich? _____

Stress im Alltag?

☐ Ja, viel/ durchschnittlich? _____ ☐ Nein

Schlaf (erholsam, Schlafstörungen)?

Schwitzen Sie nächtlich? ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Angaben

Sonstige Angaben (Wünsche/Anmerkungen):

Welches **vorrangige** gesundheitliche Ziel möchten Sie durch unsere Behandlung erreichen?

Vielen Dank für Ihre Angaben und wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Datum

Unterschrift