



## » Anamnesebogen

**Liebe Patienten - innen,**

um Ihnen eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte nehmen Sie sich für den Anamnesebogen etwas Zeit – je genauer und präziser Sie Ihre Angaben machen, umso spezifischer können wir Sie behandeln.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der therapeutischen Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich.

**Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zu Ihrem Termin mit:**

- » alle ärztlichen und zahnärztlichen Befunde (sofern nicht älter als 12 Monate!)
- » diesen ausgefüllten Anamnesebogen

**Vielen Dank**

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

### 1 » Allgemeine Anamnese

1) Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

seit wann \_\_\_\_\_

wie äußern sich die Beschwerden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

zu welcher Zeit/ Tag / Nacht \_\_\_\_\_

auslösende Faktoren \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gehen Ihre Beschwerden einher mit:**

- » Fieber ..... nein  ..... ja
- » Nachtschweiß ..... nein  ..... ja
- » Gewichtsverlust ..... nein  ..... ja
- » Leistungsknick ..... nein  ..... ja
- » Lymphknotenschwellung ..... nein  ..... ja
- » erhöhte Infektanfälligkeit ..... nein  ..... ja

2) Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden, z.B. :

- » Erkrankung ..... nein  ..... ja
- » Sorge ..... nein  ..... ja
- » Trauer ..... nein  ..... ja
- » Schock ..... nein  ..... ja
- » Ärger ..... nein  ..... ja
- » Unfall ..... nein  ..... ja
- » OP ..... nein  ..... ja
- » Hautausschlag ..... nein  ..... ja

3) Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein (z.B. Vitamine, Magnesium...)?

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

**ZUTREFFENDES BITTE UNTERSTREICHEN**

Allergien, Asthma, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Epilepsie, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzerkrankungen, Rheuma, Gicht, Arthrose, Arthritis, Nierensteine, Gallensteine, Übergewicht, Diabetes, psychische Erkrankungen, Tuberkulose, Krebs, Parkinson, Multiple Sklerose, Geschlechtskrankheiten usw...

5) Gibt es bei Ihnen bekannte Allergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Rauchen Sie? nein  ja  wieviel \_\_\_\_\_

7) Trinken Sie Alkohol?

regelmäßig  selten  nie  wieviel \_\_\_\_\_

8) Nehmen Sie Drogen oder andere Suchtmittel?

nein  ja  welche \_\_\_\_\_

9) Sind Sie berufstätig? nein  ja

welchen Beruf \_\_\_\_\_

10) **Sport**    nein     ja     wie oft \_\_\_\_\_  
welchen \_\_\_\_\_

11) **Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

z.B. Grippe , Zecken, Tetanus, Malaria, Gelbfieber, Masern, Röteln, usw.... \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie in den letzten Monaten eine Fernreise gemacht?**

wenn ja, wohin \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) **Gibt es bei Ihnen bekannte Infektionskrankheiten?**

z.B. Hepatitis , HIV, TBC, Pfeifferisches Drüsenfieber

nein     ja     welche \_\_\_\_\_

2 » **Spezifische Anamnese**

ZUTREFFENDES BITTE UNTERSTREICHEN

13) **Kopf**

Schmerzen, Migräne mit oder ohne Aura, Schwindel

wenn ja, Häufigkeit \_\_\_\_\_

Zyklusabhängig    nein     ja

14) **Haare**

Haarausfall, brüchig, glanzlos, schuppig, fettig

15) **Augen**

Rötungen, Juckreiz, Brennen, Tränen, Trockenheit, Lichtempfindlichkeit, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Windempfindlichkeit, Grauer Star, Grüner Star, Bindehautentzündung, Gerstenkorn

16) **Nase**    Trockenheit der Nase, Niesreiz, Schnupfen, Nase verstopft, Sekret, häufig Nasennebenhöhlenentzündung, Operationen, Polypen, Nasenbluten

17) **Hals / Mandeln**

Operationen, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

18) **Ohren**

Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz

19) **Mund**

Geschmack, Trockenheit, Speichelfluss, Aphten usw.

20) **Zähne / Zahnfüllmaterial**

Zahnbeschwerden, tote Zähne, Füllungen

21) **Schilddrüse**    Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Druck- / Kloßgefühl, Entzündungen, Operationen, Hashimoto-Thyreoditis, M. Basedow

22) **Lunge**

Bronchitis, Lungenentzündung, Auswurf, Asthma, COPD

23) **Herz**

Angina pectoris, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Infarkte, Vorhofflimmern

24) **Leber / Galle**    Steine, Völlegefühl, Fettleber, Hepatitis

25) **Bewegungsapparat**

Arthrose, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Schmerzen, Gelenkersatz, Sportverletzungen

26) **Magen / Darm**

Sodbrennen, Verdauungsproblem (Krämpfe / Blähungen), Divertikel, Polypen, Hämorrhoiden, Stuhlgang (Verstopfung / Durchfall), veränderte Stuhlgewohnheiten

27) **Urogenital**    Blasenentzündungen, Juckreiz, Infektionskrankheiten, Blasenschwäche, Inkontinenz, Urin (Farbe), nächtliches Wasserlassen

28) **Gynäkologie**

Ausfluss, vaginale Trockenheit, Schwangerschaften, Geburten, Wechseljahrsbeschwerden, vaginale Infektionen, Infektionskrankheiten

**MENSTRUATION**

erste Periode – wann \_\_\_\_\_

Zyklus – wie lange \_\_\_\_\_

letzte Regelblutung \_\_\_\_\_

Zyklus regelmäßig    nein     ja

stark, schwach, schmerzhaft \_\_\_\_\_

Menopause – seit wann \_\_\_\_\_

wie verhüten Sie \_\_\_\_\_

29) **Sexualität**

vermindert, vermehrt, schmerzhaft, veränderte Sexualität

30) **Prostata**    vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen, "Nachträufeln", Tumor

31) **Haut**    Muttermale, Warzen, Ausschläge, Rötungen, Neurodermitis, Pilze, Herpes, Brennen, Jucken

32) **Nägel**    brüchig, fleckig, Rillen

33) **Schlaf**

Schlaflosigkeit, Schlafplage (Rückenlage, Seitenlage, Bauchlage), Träume, Zähneknirschen, Schlafwandeln