



» 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