

Anamnese Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Tel. gesch.: _____
PLZ – Ort: _____ FAX: _____
Hausarzt: _____ E-Mail: _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe
 Private Zusatzversicherung

Beruf / Schulklasse: _____

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: _____

Anleitung:

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

Wichtig !!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist z. Bsp. '94).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptbeschwerden)
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1.

2.

3.

⇒ Bitte bringen Sie Medikamente (am besten die jeweilige Tagesdosis), die eingenommen werden sowie evtl. eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.

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

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

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

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

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes usw.

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

.....
KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja,
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, Makula-Degeneration, Lasertherapie usw.

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

Zähne/Kiefer: - Zutreffendes bitte ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	welche?
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	welche?
Zahnfleischblutung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	welche?
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	welche?
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Womit wurde ausgeleitet?					

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, Hashimoto

BRUST / BAUCH:

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: Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch,

Stuhlgang: täglich, ca. jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, riecht nach:

.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl,
nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., brauche viel Papier / Toiletten-
bürste

Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen – häufig,
stechen im Rücken – rechts/links, Reizblase

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall
- Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme
Hautallergien auf (Creme etc.):

♀ BEREICH

- Gynäkologie:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten -
Jahreszahl.....
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses:** Wann war die erste Menses: 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:
Klimakterische Beschwerden:
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: seit wann?
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

♂ BEREICH

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

ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben? (Auch kleine eintragen) Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung

- Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Träume:** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah
- Sportarten:** wie häufig?

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol
Allergien auf

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch usw.)

Nein / falls ja, welche?

Rauchen: ja / nein wie viele

Alkohol: wie häufig? was

Trinken: Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? Liter

Haustiere: Haben oder hatten Sie Haustiere?

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

..... Verwenden Sie DECT Telefone?

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10)

Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben