



Anamesebogen

Sehr geehrter Klient, sehr geehrte Klientin,

Sie haben in der nächsten Zeit einen Termin bei mir. Um mehr Zeit für Ihre Behandlung zu haben, bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und zum Termin mitzubringen.

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie sie so genau wie möglich. Natürlich werden alle durch Sie gegebenen Informationen streng vertraulich behandelt. Während des ersten Gespräches werden wir ihn besprechen und auch Ihre weiteren Fragen.

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon Festnetz: _____ Handy: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung*: gesetzlich; privat, Beihilfe, Zusatzversicherung/Heilpraktiker

Beruf/Tätigkeit: _____

Familienstand*: ledig, liiert, Lebensgemeinschaft, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet

Größe: _____ Gewicht: _____

Sport, Freizeit, Hobby: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten: _____

Was ist Ihre Hauptbeschwerde? _____

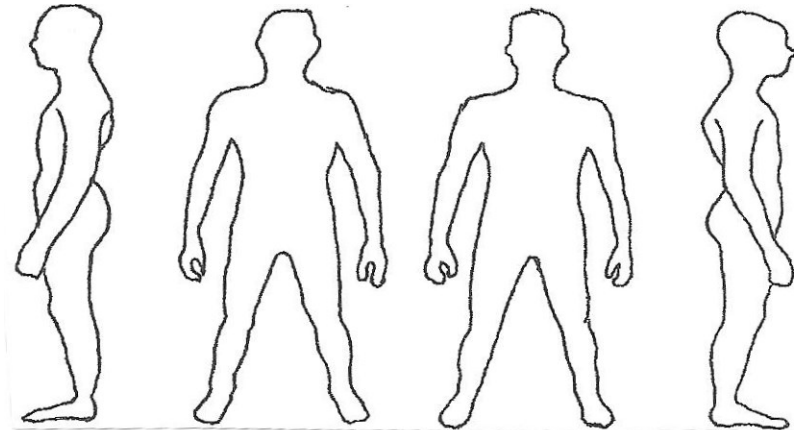
Wann hat diese angefangen und was waren die Umstände? _____

Haben Sie weitere Erkrankungen oder Beschwerden? _____

- *Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.



Bitte Beschwerden, Narben und Auffälligkeiten einzeichnen.



Links

Vorne

Hinten

Rechts

Wenn Sie Schmerzen haben, können Sie dann die Art der Schmerzen beschreiben?* Stechend, brennend, ziehend, klopfend, drückend, schießend, bohrend, reißend, dumpf, beengend, krampfend

Gibt es einen Rhythmus oder Muster in Ihren Beschwerden?

Welche Umstände verschlimmern?* Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Menstruation, Krankheit/Fieber oder andere Umstände:

Welche Umstände lindern?* Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Menstruation oder andere Umstände:

Wie fühlen Sie sich allgemein?* Traurig, glücklich, ängstlich, ruhelos, irritiert, böse, wütend, ausgeglichen

Gibt es Tiefpunkte im Tagesrhythmus? _____

Wie ist Ihr Schlafverhalten? _____

Rauchen Sie? Wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wieviel? _____

Gebrauchen Sie Drogen? Welche und wie oft? _____

Welches sind zusätzliche Beschwerden?

1. _____

2. _____

3. _____

- *Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.



Familiäre Krankheiten: Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, ...

Bitte die Punkte ankreuzen, die für Sie zutreffend sind.

Die linke Reihe ist für alte Beschwerden, die rechte Reihe für aktuelle gedacht.

Wenn Sie Ihre aktuellen Beschwerden auch früher schon hatten, bitte beide Reihen ankreuzen.

Allgemein

- Kopfschmerzen: tgl./wöchentlich/mtl.*
Wo? _____
- Schwindel
- Gewichtsveränderungen: Zunahme/Abnahme*
- Schlafstörungen

Atemwege

- Halsschmerzen/Entzündungen*
- Atemnot
- chronischer Husten/Schnupfen*
- Asthma/COPD*
- Ohrenentzündungen
- Nebenhöhlenentzündungen
- Tinnitus

Herz und Kreislauf

- hoher/niedriger Blutdruck*
- Gefäßverkalkung
- Herzrhythmusstörungen
- Angina pectoris

Harnwege

- Niereninfekte/-steine*
- Prostatabeschwerden
- Blasenentzündungen
- Geschlechtskrankheiten
- Inkontinenz

Muskeln/Gelenke/Knochen

- Rücken-/Nackenschmerzen*
- Gelenkschmerzen/Rheuma*
- Muskelschmerzen/-krämpfe*
- Bewegungseinschränkungen

Magen und Darm

- Magenbeschwerden
- Übelkeit/Sodbrennen*
- Stuhlgang. Durchfall/Verstopfung*
- Darmkrämpfe/-entzündungen*
- Blähungen
- Leber-/Gallenbeschwerden*
- Diabetes mellitus

Haut

- Ekzem/Ausschlag*
- Neigung zu blauen Flecken
- Haarausfall
- Krampfadern

Gefühlsleben

- Nervosität/Überbesorgtheit*
- Traurigkeit/Depression*
- Wut/Aggression*
- Konzentrationsschwäche
- Angst

- *Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.



Veränderung Urin/Libido*

Lustlosigkeit

Frau

Schwanger JA/NEIN*

schmerzhafte/unregelmäßige Menstruation*

prämenstruelles Syndrom

Wechseljahrsbeschwerden

Postmenophase JA/NEIN*

Augen

Schilddrüse

Über-/Unterfunktion*

M. Basedow/ M. Hodgkin*

Sonstiges:

Schreiben Sie bitte so chronologisch und genau wie möglich Ihre Lebens-/Krankengeschichte auf:

Schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle/Verletzungen/Stürze, Behandlungen, Kinderkrankheiten, Schwangerschaften/Verlauf, Änderungen in Ihrem Leben (Scheidung, Arbeitslosigkeit, Tod naher Vertrauter, etc.)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

- *Bitte zutreffendes unterstreichen.
- Verwenden Sie bei Platzmangel bitte die Rückseite.