



Anamnesebogen

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Beruf:

Tel.-Nr.:

Email:

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen in Ruhe aus und nehmen Sie sich Zeit dafür. Sollte der Platz nicht ausreichen, nehmen Sie sich bitte ein Zusatzblatt für ausführlichere Beschreibungen. Vielen Dank!

Aktuelles Beschwerdebild, was ist Ihr aktuelles Anliegen:

Wie äußern sich Ihre Beschwerden?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Gab/Gibt es einen Auslöser? (z.B. Erkrankung, Kummer, Medikament, Trauer, Operation etc.
Wie oft haben Sie diese Beschwerden?



Was verschlimmert die Beschwerden?

Was verbessert die Beschwerden?

Wo genau treten die Beschwerden auf?

Welche Medikamente nehmen Sie für das Beschwerdebild?

Körperliche Symptome: Bitte geben Sie an, welche Körpersymptome aktuell oder in der Vergangenheit aufgetreten sind.

Kopf:

Kopfschmerzen/Migräne o nein o ja (wie häufig)

Haare: o Haarausfall

o Milchschorf als Kind (bitte bei der Mutter erfragen)

Augen: o Bindehautentzündung
o Morgens verklebte Augen
o Grießkörner
o kurzsichtig / weitsichtig
o Augenerkrankung



Ohren: o Mittelohrentzündung (als Kind/heute)

- o Tinnitus
- o Schwerhörigkeit

Zähne: o Zahnausfall
o Zahnprobleme
o Karies
o Probleme im Kieferknochenbereich
o Amalganfüllungen

Nase: o Operationen
o Nasennebenhöhlenentzündung
o behinderte Nasenatmung
o andere Beschwerden

Mandeln: o Operationen
o häufige Mandelentzündung (als Kind / heute)

- o Hals/Rachenprobleme

Schilddrüse: o Überfunktion
o Unterfunktion
o Autoimmunerkrankung
o Vergrößerung
o Operation
o Medikamente

Brust und Bauch

Herz: o Stechen
o Druckgefühl
o Infarkt
o Beklemmung
o Rhythmusstörungen
o andere Beschwerden



Lunge: o Bronchitis (als Kind / heute)
 o häufiger Husten
 o häufige Erkältungen (als Kind/ heute)

Leber: o Entzündung / Hepatitis
 o andere Beschwerden

Galle: o Steine
 o Koliken
 o Operationen
 o Druck im Oberbauch
 o Fettunverträglichkeit

Magen: o Völlegefühl
 o Gastritis
 o Appetitlosigkeit
 o Schmerzen
 o Sodbrennen

Darm: o Neigung zur Verstopfung
 O Neigung zum Durchfall
 O Infektionen
 O Hämorrhoiden
 O Blinddarm-OP
 O Blähungen

Extremitäten, Rücken, Haut

Arme: o Verletzungen
 O Schmerzen
 O Tennisellenbogen
 O Kribbeln in den Händen
 O kalte Hände
 O Taubheitsgefühl in den Fingern
 O andere Beschwerden



Beine: o Verletzungen
 O Schmerzen
 O Krampfadern
 O kalte Füße
 O Taubheitsgefühl
 O Kribbeln
 O Knieschmerzen einseitig
 O andere Beschwerden

Rücken: o eingeschränkte Beweglichkeit
 O Verspannungen
 O Schmerzen
 O andere Beschwerden

Haut/Nägel: o Verbrennungen
 O Geschwüre
 O Juckreiz
 O Warzen
 O Pilz
 O eingewachsene Nägel
 O Nagelbettentzündung
 O brüchige Nägel
 O rissige Nagelhaut
 O Leberflecken
 O andere Beschwerden

Narbe: o nach Operationen
 O nach Verletzungen



Unterleib / Gynäkologie

Gynäkologie: Eierstockentzündung

Ausfluss

Fehlgeburt

Tumore

Zysten

Myome

Geschlechtskrankheiten

Juckreiz

andere Beschwerden

Menses: Wann war die erste Menses

Wann war die letzte Menses

Beschwerden vor/nach/während der Menses

Prostata: vergrößert

Entzündung

Beschwerden beim Wasserlassen

Krebserkrankung

andere Beschwerden

Niere/Blase: Nierensteine

Entzündungen

Harn: viel

wenig

häufig

kann nicht gehalten werden

Geruch

andere Beschwerden



Vorgeschichte:

Gab es Beschwerden/Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen

Nein

Ja (bitte beschreiben)

Wie verlief Ihre Geburt)

Kinderkrankheiten:

Mumps Masern Windpocken Diphtherie Röteln Scharlach

Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen? Ja Nein

Kopfgrind Ja Nein

Schorfige Ekzeme Ja Nein

Häufig geschwollen Mandeln/Mittelohrentzündung Ja Nein

Familienanamnese:

Hatte jemand in der Familie folgende Erkrankungen oder Erlebnisse
(Eltern/Großeltern/Geschwister)

Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Asthma, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, psychiatrische Erkrankungen, Missbrauch, Mord, Selbstmord, Sonstiges.



Bitte ordnen Sie die Erkrankungen der Mutter oder Vaterlinie zu. Z.B. Oma väterlicherseits Krebs etc.

Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzung / Substitutionsmittel?

Bitte hier alles notieren. (Aspirin, Schmerztabletten, Hormone etc.)

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Stephanie Philipp