

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 1-2 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark) ; z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist, z.B. '94).

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 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.

(Quelle: www.INK.ag)

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 (BCG), Depressionen, geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nieren- oder Gallensteine, Multiple Sklerose (MS), 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? _____

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> oft | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> morgens | <input type="radio"/> abends |
| <input type="radio"/> Stirn | <input type="radio"/> Augen | <input type="radio"/> Schläfen | <input type="radio"/> Hinterhauptregion |
| <input type="radio"/> halbseitig | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> 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:

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="radio"/> Schwerhörigkeit | <input type="radio"/> Mittelohrentzündung | |
| <input type="radio"/> Schmerzen | <input type="radio"/> Geräusche | |

Zähne/Kiefer:

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

Womit wurde ausgeleitet? _____

Zahnfüllmaterialien aktuell:

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Amalgam | <input type="radio"/> Gold | <input type="radio"/> Kunststoff | <input type="radio"/> Keramik |
| <input type="radio"/> Implantate | | | |

Nase:

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Operationen | <input type="radio"/> Heuschnupfen | <input type="radio"/> Allergien auf: |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Mandeln:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Operation | <input type="radio"/> häufig Mandelentzündung als Kind / heute |
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | <input type="radio"/> Mundgeruch |

BRUST / BAUCH:

Brustdrüse:

- Beschwerden Operationen 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
 Sodbrennen Nahrungsmittelallergien

Darm:

- Infektionen Pilze Hämorrhoiden Geruch
 Blinddarmoperation Blähungen

Stuhlgang:

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

- Neigung zur Verstopfung Neigung zum Durchfall

Stuhl:

- hell dunkel überriechend
 hart knollig weich
 schmierig pastenartig
- Gefühl nicht fertig zu werden Stuhlgang wechselhaft
 brauche viel Papier brauche viel die Toilettenbürste

Niere / Blase:

- Nierensteine Reizblase Entzündungen - häufig
 Stechen im Rücken - rechts / links

Harn:

- viel wenig häufig
 kann nicht halten schaumig Geruch nach

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT**Arme:**

- Verletzungen Schmerzen Kribbeln Tennisellenbogen
 kalte Hände, usw.: _____

Beine:

- Verletzungen Schmerzen Krampfadern Operationen
 kalte Füße Kribbeln Taubheitsgefühl offene Wunden

Rücken:

- Verspannungen Rheuma Hexenschuss Ischias
 Skoliose Bandscheibenvorfall
 Schmerzen in HWS Schmerzen in BWS Schmerzen in LWS

Haut / Nägel:

- Geschwüre Hautjucken Warzen Pilze
 Nagelbettentzündung Ekzeme

Hautallergien auf (Creme, usw.) _____

BEREICH FRAU:**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 Blutungen sind dunkel Blutungen sind klumpig Blutungen sind braun

starke Regelblutung schwache Regelblutung Regelblutung dauert lange: _____

Abstand der Regelblutungen _____

Beschwerden vor/nach/während der Regel, welche? _____

Zwischenblutungen

Klimakterische Beschwerden, wenn ja welche? _____

Verhütungsmittel? Wenn ja welche? _____ und seit wann? _____

Wann war ihr letzter Frauenarzttermin? _____

BEREICH MANN:

Prostata:

vergrößert Entzündung gehabt aktuell Beschwerden beim Wasserlassen

häufig nächtliches Wasserlassen

Wann war ihr letzter Krebsvorgetermin? _____

ALLGEMEINES

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

Schlaf:

Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen, Uhrzeit: _____ Uhr

Sprechen im Schlaf Unruhe in den Beinen Nachtschweiße heiße Füße

Zähneknirschen

Schwierigkeiten beim Einschlafen

Träume:

schrecklich schön gegen Morgen nachdenklich

realitätsnah

Sportarten:

Welche? _____
wie häufig? _____

Ernährung:

Verlangen nach:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> salzig |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Nikotin |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | | | |

Abneigung gegen:

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> salzig |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Alkohol | | |

Allergien, wenn ja auf? _____

Leben Sie nach bestimmten Lebensrichtlinien? (vegetarisch, usw.)

Ja, welche? _____

Nein

Rauchen Ja, wie viele? _____ Nein

Alkohol wie häufig? _____, was? _____

Wie viel Wasser oder Tee trinken Sie pro Tag? _____ Liter

Haben Sie oder hatten Sie Haustiere? _____, was? _____

Häuslicher Bereich:

Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich? _____

Verwenden SIE DECT Telefone? Ja Nein

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?)
