



Erstanamnese – Fragebogen

Name

Vorname

Geburtstag

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon beruflich

Fax

E-Mail

Beruf

Familienstand, Kinder

Versicherung (gesetzlich, privat, Beihilfe)

Wer hat uns empfohlen?

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 genug Zeit.

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis, was ist Ihr Ziel?

.....

.....

.....

Wann sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten?

.....

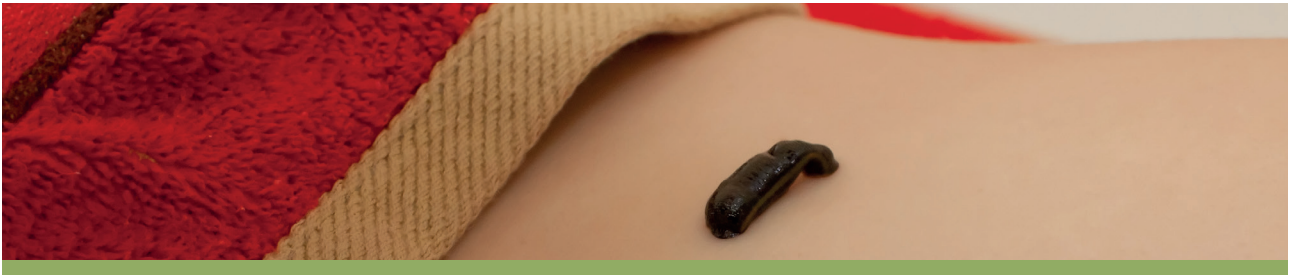
Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Zeckenstich,
Sonstiges:

Welche Vorbehandlungen haben bezüglich dieser Beschwerden bereits stattgefunden? Wo bzw. von wem wurden Sie behandelt? Wann war diese Behandlung?

.....

.....



Wann wurden Sie zuletzt mit Antibiotika behandelt? Was war der Grund für diese Behandlung?

.....

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

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

Welche Impfungen / Auffrischungen haben Sie bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken,

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

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

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose

Gibt es Allergien (sofern bekannt)?

Pollen (welche Jahreszeit?)
Nahrungsmittel
Sonstige

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht

Meine Körpergröße

Mein Blutdruck

Trinken Sie Alkohol?

Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit:), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja:

häufig, selten

Stirnregion, Augenregion, Schläfenregion, Hinterhauptregion

morgens, abends

halbseitig links, halbseitig rechts, doppelseitig

Haare

Haarausfall: kreisrund / vereinzelt, seit wann

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig / weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, usw.

Ohren

links / rechts: Tinnitus seit, Schwerhörigkeit seit, andere

Zähne / Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?

Zahnfüllmaterialien: Amalgam, Kunststoff, Gold, Keramik

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse

Überfunktion / Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge

Bronchitis, häufig Husten



Leber

Entzündung, Hepatitis

Galle

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien

Darm

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Geruch

Stuhlgang

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

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall

Konsistenz: schnittfest hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig

Stuhl: hell, dunkel, übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden,

Stuhlgang wechselhaft, usw.

Rücken, Arme, Beine, Haut

Arme

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.

Beine

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma

Haut / Nägel

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

wenn ja (auch kleine), bitte unbedingt beim Besuch zeigen



Unterleib

Niere / Blase

Nierensteine, Entzündungen – häufig

Harn

viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

Frau: Gynäkologie

Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, usw.

Frau: Menses

Beschwerden vor / nach / während der Regel, welche:

Klimakterische Beschwerden

Mann: Prostata

vergrößert, Entzündungen gehabt / aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

.....

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = schwach, 5 = mittel, 10 = sehr stark)

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend



Welche Ereignisse verschlimmern?

körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Chronologie der Krankengeschichte

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

.....
.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein (auch Nahrungsergänzungsmittel angeben)?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

.....
.....
.....
.....
.....

Sonstiges:

.....
.....
.....