

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,  
Ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen! Zur Vorbereitung auf Ihren Ersttermin bitte ich Sie um einige Angaben, die zur Klärung Ihres Beschwerdebildes dienen. Bitte füllen Sie dazu diesen Fragebogen sorgfältig aus. Zudem wird hiermit Zeit gewonnen, die wiederum anderweitig sinnvoll genutzt werden kann. Vielen Dank!

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

## Soziale Anamnese

Familienstand: \_\_\_\_\_  
Kinder: \_\_\_\_\_ Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_  
Beruf (beschreiben Sie bitte ihre Arbeitssituation, d.h. viel sitzende Tätigkeit, schwer körperliche Arbeit, extreme geistige Anspannung etc.): \_\_\_\_\_

## 1) Krankengeschichte

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre derzeitigen Beschwerden.

1) Hauptbeschwerden (was ist das Problem? Seit wann? in welchem Zusammenhang? Auslöser?)

---

---

---

2) Nebenbeschwerden

---

---

---

Wann haben Sie die Beschwerden ? (ständig, bei Bewegung, in Ruhe, Nachts, morgens, etc.)

---

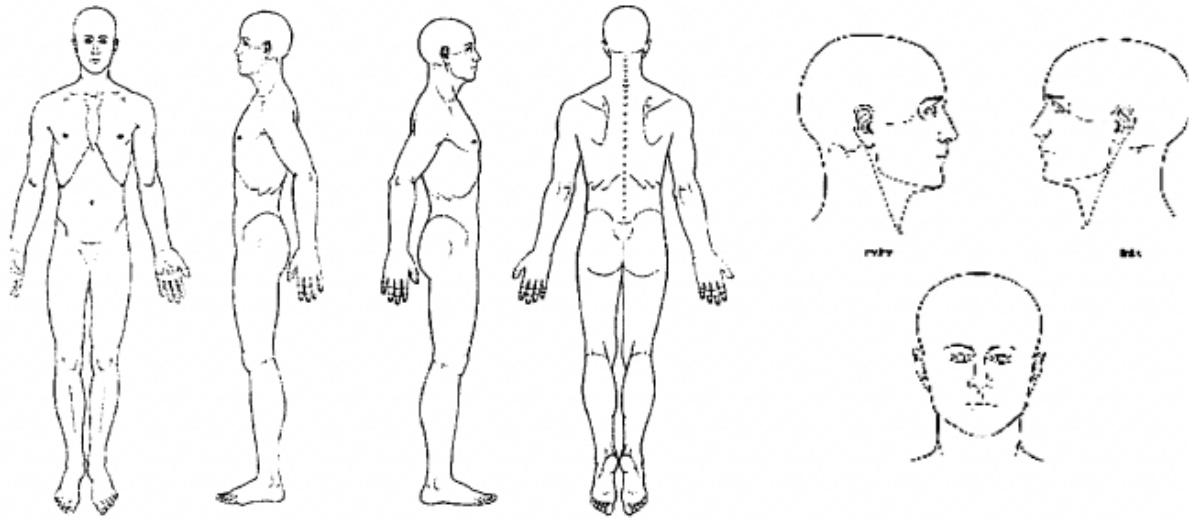
Gibt es schmerzlindernde oder provozierende Faktoren? (Bewegung, Sitzen, Wärme, etc.)

---

---

## 2) Lokale Anamnese

Wo befinden sich die Beschwerden? Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und gegebenenfalls die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Wie ist der Schmerzcharakter? (z.B. stechend, dumpf, pulsierend, ziehend, etc.)

---

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen auf einer Skala einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden? Setzen Sie bitte spontan ein X auf der Skala.



0 = Kein Schmerz

10 = stärkste verstellbare Beschwerden

Wie ist die Beschwerdeentwicklung? (progressiv, gleichbleibend, ausschleichend weniger)

---

Haben Sie Sensibilitätsstörungen?    Nein ( )    Ja ( ) wo? \_\_\_\_\_

Kraftverluste?    Nein ( )    Ja ( ) wo? \_\_\_\_\_

**Untersuchungen:** Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht, Ergebnis? Bitte bringen Sie Berichte, Befunde o.ä. mit, soweit vorhanden, z.B. Röntgen, MRT/CT

---



---



---

Welche Therapieverfahren wurden angewandt und mit welchem Erfolg?

---

---

## 2) System Anamnese

### Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:

a) Haut (Narben, Jucken, Neurodermitis, Psoriasis, o.ä.) \_\_\_\_\_

b) Herzerkrankungen

<input type="checkbox"/> Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> By-Pass Operation/Stent	
<input type="checkbox"/> Angina pectoris		
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

c) Kreislaufferkrankungen

<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck, Schwindel	
<input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck, wieviel: _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose	<input type="checkbox"/> Gestaute Beine / Arme

d) Lunge/Atmungssystem

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> chronische Bronchitis, Husten	<input type="checkbox"/> Beklemmungen
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Rauchen	

e) Speiseröhre/Magen

<input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Magenschmerzen/-krämpfe
<input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen		<input type="checkbox"/> Abneigung gegen Fleisch

f) Leber/Galle

<input type="checkbox"/> Gallensteine/-koliken	<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Lange Medikamente genommen	<input type="checkbox"/> Gallenblase operativ entfernt	
<input type="checkbox"/> Alkohol		

g) Pankreas, Milz

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Immunsystem? Oft krank?
<input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme bei unregelmäßigem Essen?	
<input type="checkbox"/> Schwitzen beim Essen	<input type="checkbox"/> auffallend viel Durst?

h) Dünndarm/Dickdarm

<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Zöliakie	<input type="checkbox"/> M. Crohn	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit _____		

i) Niere, Blase

<input type="checkbox"/> oft Blasenentzündung	<input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung
<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Probleme mit Harnverhalt
<input type="checkbox"/> Probleme Miktion (Prostata)	<input type="checkbox"/> regelmäßig nächtl. Wasser lassen

j) Genitalsystem/Hormone

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft _____	<input type="checkbox"/> Geburten _____
<input type="checkbox"/> Zyklusstörungen, Regelschmerzen	
<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> ungewollte Gewichts zu/-abnahme

k) Psychoemotional/Vitalität

<input type="checkbox"/> zufrieden/froh	<input type="checkbox"/> unzufrieden/traurig
<input type="checkbox"/> gestresst	<input type="checkbox"/> ruhig/gelassen
<input type="checkbox"/> Einschlafen schwierig	<input type="checkbox"/> Durchschlafen schwierig
<input type="checkbox"/> Langwierige Erholungsphasen, schnell erschöpft/müde	
<input type="checkbox"/> Fehlende Leistungssteigerung	<input type="checkbox"/> nervös

**l) Erkrankungen des Nervensystems (Neurologie)**

- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose (MS)
- Epileptische Anfälle / Krämpfe
- Sonstige \_\_\_\_\_

**m) Stoffwechselerkrankungen/ Hormone**

- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion/Hashimoto
- Gicht
- Fettstoffwechselstörung
- Sonstige \_\_\_\_\_

**n) Kopf**

- Unfall / Trauma
- Kopfschmerzen/Migräne
- Schlaganfall
- Zahnärztliche Behandlung, Zahnschmerzen
- Kiefergelenk / Knacken / Schmerz
- Augen / Sehstörungen / Doppelbilder
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Ohrenscherzen
- Tinnitus
- Schlucken schwierig, Heiserkeit

**o) Muskuloskelettales System/ andere parietale Beschwerden**

- Rückenschmerzen
- Hüfte re / li
- Schulter-Nacken Beschwerden
- Ellenbogen re / li.
- Rheumatoide Arthritis.
- Bandscheibenvorfall
- Knie re / li
- Fuß re / li
- Hand re / li
- M. Bechterew
- M. Scheuermann

**p) Infektionserkrankungen**

- Hepatitis
- A
- B
- C
- HIV – Aids
- Tuberkulose / Tbc
- Sonstige \_\_\_\_\_

**q) Allergien? \_\_\_\_\_**

**r) sonstige Erkrankungen:**

- Depressionen
- Tumorerkrankung
- Hämophilie Bluter-Krankheit
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Unfälle / OP's jeglicher Art**

Knochenbrüche, wo? \_\_\_\_\_

Operationen, wo? wann? \_\_\_\_\_

**Größere zahnmedizinische / kieferorthopädische Behandlungen?**

nein  ja Welche? Wann? \_\_\_\_\_

Nächtliches Zähneknirschen?  ja  nein

Bekannter Kreuzbiss?  ja  nein

Wie beeinflussen ihre Schmerzen ihren Alltag?

- leicht
- mittelmäßig
- stark
- sehr stark

**Nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein?** (Schmerzmittel, Herzmedikamente, Blutverdünner / Marcumar, Magenschutz o.ä.)

Wenn ja, welche und wie oft?

---

---

---

**Ihre gesundheitlichen Ziele.....**

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf Ihre Gesundheit ?

---

---

---

Ich danke Ihnen für Ihre freundliche Mitarbeit und wir werden persönlich nochmal alles durchgehen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_