

Anamnese - Fragebogen

Dieter F. Klippel, Bertolt Brecht Straße 4, 74336 Brackenheim-Hausen ☎ 07135-931721

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ – Ort	_____	FAX	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Wer hat uns empfohlen?	_____	Familienstand/Kinder	_____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privat-Versicherung

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 genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.

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

Gibt es früh Verstorbene oder ausgegrenzte Personen in ihrer Familie?

Um wen handelt es sich dabei?

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.
z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera,
Gelbfieber, Pocken,
Grippe, Zecken, usw.

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, Tuberkulo-
se, usw.

Gibt es Allergien?
Pollen / wann
Nahrungsmittel

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

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

Ohren links / rechtsTinnitus seit Schwerhörigkeit seit, andere.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

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
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, 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
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
 Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
 Nein

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.
- Menses** Wann war die erste Menses wann die letzte
 Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche
- Klimakterische Beschwerden**
- Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche**
- Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach
- Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Allgemeines

- Mein aktuelles Körpergewicht** **Meine Körpergröße**
- Meine Blutgruppe** **Mein Blutdruck**
- Trinken Sie Alkohol?** **Rauchen Sie?**
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**
- Wie viele Liter und was trinken Sie pro Tag?**
- Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?**
- Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?**
- Schlaf** häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
- Schlafzeit** übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

