

## Anamnese-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Liegen folgende Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihnen vor?

<b>Hormoneinnahme</b>  für:	<input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Crème <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Sonstiges <hr/> <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bindegewebe <input type="checkbox"/> Haarausfall <input type="checkbox"/> Sonstiges <hr/>
<b>Narben *)</b>	
<b>Operationen</b>	
<b>Knochenbrüche</b>	
<b>Steißbeinsturz (auch in Kindheit)</b>	
<b>Erinnerung an schmerzhafte Impfung / Spritze</b>	
<b>Übergewicht</b>	
<b>Bluthochdruck</b>	
<b>Diabetes</b>	
<b>Herzschrittmacher</b>	

\*) bitte Ursache und Lage aller, auch kleiner Narben angeben und auf Skizze am Ende des Fragebogens einzeichnen, z.B. OP-, Schnitt- oder Brandnarben, bitte ebenfalls angeben: Tattoos, Piercings oder etwa Kontakte mit Meeresquallen o.ä



Beschreiben Sie Ihre Krankheitserscheinungen möglichst genau und vollständig. Sie helfen dadurch Ihre Beschwerden rascher analysieren zu können. Wo?, wie?, wann?, womit?, besser/schlechter?, wodurch?, was gleichzeitig? Können Sie sich bei all Ihren Beschwerden fragen und die Antworten notieren.

Auch scheinbar nebensächliche und unbedeutende Aspekte Ihres körperlichen und seelischen Empfindens sollten erwähnt werden, da gerade solche versteckten Phänomene hinweisgebend sein können, das richtige Mittel zu finden.

1. Wo, an welcher Stelle befinden sich die Beschwerden?

---

2. Wie fühlt es sich an?

---

3. Wann fangen die Beschwerden an? Wie lange dauern sie? Wie oft treten sie auf?

---

4. Was lindert oder verschlimmert die Beschwerden?

---

5. Was löst die Beschwerden aus?

---

6. Welche Umstände oder Beschwerden treten gleichzeitig mit den Hauptbeschwerden auf oder wechseln sich damit ab?

---

## II. Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens? (bitte ankreuzen)

- |  |   |  |   |                                       |                                       |
|--|---|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abszesse/Eiterungen | <input type="checkbox"/> Allergien      | <input type="checkbox"/> Angina          | <input type="checkbox"/> Asthma               | <input type="checkbox"/> Blähungen    | <input type="checkbox"/> Depression   |
| <input type="checkbox"/> Ohrenentzündungen   | <input type="checkbox"/> Epilepsie      | <input type="checkbox"/> Erkältungen     | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt           | <input type="checkbox"/> Fieberblasen | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Gallenbl.entz.      | <input type="checkbox"/> Gelenksentz.   | <input type="checkbox"/> Genitalherpes   | <input type="checkbox"/> Genitalwarzen        | <input type="checkbox"/> Gicht        | <input type="checkbox"/> Grippe       |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden        | <input type="checkbox"/> Hauterkrank.   | <input type="checkbox"/> Hepatitis       | <input type="checkbox"/> Herzerkrank.         | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Inkontinenz  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen       | <input type="checkbox"/> Kreislaufstör. | <input type="checkbox"/> Krebs           | <input type="checkbox"/> Kreuzschmerz         | <input type="checkbox"/> Keuchhusten  | <input type="checkbox"/> Kropf        |
| <input type="checkbox"/> Leukämie            | <input type="checkbox"/> Lungenentz.    | <input type="checkbox"/> Malaria         | <input type="checkbox"/> Masern               | <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Mumps        |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Nierensteine   | <input type="checkbox"/> Scharlach       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall         | <input type="checkbox"/> Sonnenstich  | <input type="checkbox"/> Syphilis     |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus            | <input type="checkbox"/> Tuberkulose    | <input type="checkbox"/> Verstopfung     | <input type="checkbox"/> Warzen               | <input type="checkbox"/> Würmer       | <input type="checkbox"/> Diabetes     |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch   | <input type="checkbox"/> Blasenentz.    | <input type="checkbox"/> Gehirnhautentz. | <input type="checkbox"/> Pfeiff.-Drüsenfieber |                                       | <input type="checkbox"/> Unfall       |



## **V. Allgemeines**

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren oder zugenommen? Wenn ja, wieviel?

---

Hatte Ihre Mutter Probleme während der Schwangerschaft oder der Geburt?

---

Gab es Probleme mit dem Wachstum oder der Entwicklung?

---

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? War deren Verlauf unproblematisch?

---

Hatten Sie Probleme während der eigenen Schwangerschaft?

---

Schwitzen Sie oft? Wenn ja, wann und wie stark?

---

Haben Sie häufig Erkältungen? Wenn ja, wie oft und wie lange?

---

Schlafen Sie ruhig und erholsam? Ist Ihr Schlaf eher unregelmäßig und wenig erholsam?

---

Wie reagieren Sie auf Wetterwechsel? Welches Klima bevorzugen Sie?

---

## **VI. Ernährung**

Konsumieren Sie häufig Kaffee, Nikotin, Alkohol oder Drogen? Wenn ja, seit wann? Wieviel? Wie oft?

---

Ernähren Sie sich ausgewogen oder vorrangig von....?

---

Haben Sie einen guten Appetit? Was mögen Sie am liebsten?

---

## **VII. Geistes- und Gemütszustände**

Träumen Sie häufig bzw. immer wieder von den gleichen Ereignissen? Welche sind das?

---

Fanden in der letzten Zeit einschneidende Ereignisse in Ihrem Leben statt?

---

Haben Sie Schwierigkeiten bzgl. Ihrer geistigen Fähigkeiten? Z.B. Ihrer Merkfähigkeit?

---

Gibt es für Sie Situationen, die Sie als außerordentlich unangenehm einstufen? Welche? Wie fühlen Sie sich dabei?

---

Sind Sie schnell gereizt?

---

Wie fühlen Sie sich in Gesellschaft? Sind Sie lieber allein?

---

Was macht Ihnen am meisten Freude? Welche Aktivitäten bevorzugen Sie?

---

Was waren Ihre größten Sorgen oder Ihr größter Kummer?

---

Gibt es Gedanken/Stimmungen, die Ihnen unangenehm sind, die sie aber kaum beeinflussen können?

---

### VIII. Krankheiten in der Familie

Welche Krankheiten kommen / kamen in Ihrer Familie vor? Z.B. Allergien, Gelenkerkrankungen, Asthma, Depression, Selbstmord, Diabetes, Epilepsie, Heuschnupfen, Herzerkrankungen, Hauterkrankungen, Krebs, Lähmungen, Alkoholismus, Psychische Erkrankungen, Rheuma/Gicht, Tripper, Tuberkulose/Schwindsucht, Syphilis usw.

Verwandter	Alter / Sterbealter	Erkrankung(en)/Todesursache
Mutter		
Vater		
Geschwister		
Kinder		
Großmutter mütterlicherseits		
Großmutter väterlicherseits		
Großvater mütterlicherseits		
Großvater väterlicherseits		

**Sonstiges:**

## Narbeneinzeichnung

