



Anamnesebogen

Ausfüll-Datum: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum: _____

Personenstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Für Frauen: schwanger stillen

Krankenkasse: _____ Gesetzlich Privat Beihilfe

Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes oder Therapeuten:

Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:

Wie ist / war Ihre **Beschäftigungsart** am besten zu beschreiben?

Beruf: _____ (ggf. auch bisheriger/zukünftiger Beruf)

- Hausfrau/Hausmann Schule/Ausbildung Arbeitslos
 Berentet, altershalber Berentet, gesundheitshalber Berentet, freiwillig

Leben Sie in **häuslicher Gemeinschaft** (Mehrfachantworten sind möglich):

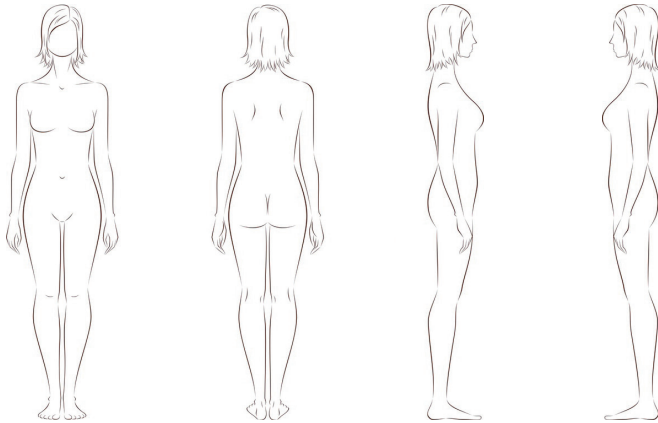
- ich lebe mit Ehepartner/Partner
 ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern
 ich lebe mit Kindern: Anzahl: _____ Alter, Geschlecht (M/W): _____
 ich lebe mit anderen Verwandten
 ich lebe mit Freunden/Bekanntem
 nein, ich lebe allein

Wie **zufrieden** sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens? Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zu Freunden, Nachbarn und Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt mit dem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie die **aktuellen Beschwerden**, Symptome und/oder Krankheiten, eventuell mit Diagnosen.

Bitte geben Sie in den Körperschemata Ihre **Schmerzbereiche** oder Bereiche mit verändertem Empfinden an, umkreisen Sie dabei bitte die für Sie wichtigsten Bereiche.



Was bewirkt in den letzten Wochen eine **Besserung/Verschlechterung** Ihrer Beschwerden?

Seit wann sind die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten vorhanden?

Welche **Ursachen oder Gründe** gibt es, Ihrer Meinung nach, für das Entstehen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten?

Bitte beschreiben Sie den **Verlauf** und die **Ausbreitung** der Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.

Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre **persönlichen Lebensumstände / Stimmungslage / soziales Umfeld** (Familie, Freunde, Arbeit etc.)?

Welche **Diagnostik** ist bislang für die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten durchgeführt worden – wer hat diese durchgeführt?

Welche **Therapien** sind bislang für die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten durchgeführt worden – wer hat diese durchgeführt?

Welche **Ergebnisse** haben die Therapien erzielt?

Welche Möglichkeiten der **Selbsthilfe** zur Linderung oder Ablenkung stehen Ihnen zur Verfügung?

Was wünschen/erhoffen Sie sich von der Behandlung in meiner Praxis – was ist Ihr **Behandlungsziel**?

Wie wäre das Ziel, Ihrer Meinung nach, in meiner Praxis erreichbar?

Welche **Unfälle** haben Sie erlitten?

Welche bedeutsamen **Lebensereignisse** haben in Ihrem Leben stattgefunden?

Welche Aufenthalte in **Krankenhäusern oder Reha-Zentren** haben stattgefunden?
(bitte den Grund dafür angeben)

Gibt es wegen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten laufende **Gerichtsverfahren oder Anträge** auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. auf ein Grad der Behinderung (GdB) oder gedenken Sie diese vorzunehmen?

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung:

In welchen der folgenden Bereiche haben oder hatten Sie Beschwerden oder Vorerkrankungen?

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haut (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Sklerodermie) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schädel/Hirn (z.B. Schädelbasisbruch, Schlaganfall, Epilepsie, MS) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Trigeminusneuralgie | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nerven (z.B. Taubheit, Brennen, Koordination) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Augen (z.B. Sehstörungen, Lichtempfindlichkeiten) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Augenbewegungen, Augenzittern | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Ohren (z.B. Ohrgeräusche, Hörsturz, Geräuschempfindlichkeit) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewicht (Gleichgewichtsstörungen, Schwindel) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nasen/Nebenhöhlen (z.B. Polypen) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Geruchsstörungen – Geruchsempfindlichkeiten | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Zähne (z.B. Wurzelspitzenentfernung, Wurzelfüllungen) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleisch (z.B. Parodontitis) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Zunge/Wange/Gaumen/Mundschleimhaut (z.B. Brennen) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen – Geschmacksmissempfinden | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Kaufähigkeit – Kaumuskelverkrampfungen | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Gesichtsmuskeln oder Ticks | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Rachen (z.B. Mandelentzündung, -Entfernung) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Sprechstörungen – Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Magen/Zwölffingerdarm (z.B. Sodbrennen, Geschwüre) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Leber/Galle (z.B. Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (z.B. Diabetes) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm (z.B. Durchfälle) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm (z.B. Blinddarmentfernung) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Dickdarm (z.B. Verstopfung) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Enddarm/After (z.B. Divertikel, Hämorrhiden) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Luftröhre/Bronchien (z.B. Kratzen im Hals, Bronchitis) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Lungen (z.B. Lungenentzündung, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Herz (z.B. Herzrhythmusstörungen, hoher/niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nieren/Harnleiter (z.B. Koliken, Nierensteine) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Blase/Harnröhre (z.B. Blasenentzündung) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Hoden/Prostata (z.B. Prostatitis) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Eierstöcke/Eileiter (z.B. Eileiterschwangerschaft) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter/Scheide (z.B. Regelbeschwerden, Geburtsprobleme) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Brüste (z.B. Zysten) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse (z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nebennieren | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenke (z.B. Gelenkknacken, Schmerzen) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nacken/Kopfgelenke (z.B. Bandscheibenprobleme, Blockaden) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schultern/Oberarme | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen/Unterarme | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Handgelenke/Hand/Finger | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule/Brustkorb | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (z.B. Bandscheibenprobleme) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Becken/Gesäß (z.B. Beckenschiefstand) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Hüften/Leisten/Oberschenkel (z.B. Hüftgelenkverschleiß, Prothese) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Knie/Unterschenkel (z.B. Meniskusprobleme) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Fußgelenke/ Fuß/Zehen | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Hormonsystem (z.B. Wechseljahre) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Blut (z.B. Blutgerinnungsstörung, Bluterkrankung) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Lymphe (z.B. Elephantiasis) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma) | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden **Allgemeinsymptome** Sie haben:

- Übelkeit – Brechreiz – Erbrechen
- Fieber – Schwitzen – Nachtschweiß
- Herzklopfen – Herzrasen – Bluthochdruck - Herzrhythmusstörungen
- Atemnot – Husten – Auswurf
- Schlafstörungen
- Antriebslosigkeit – Müdigkeit
- Veränderung des Appetits oder des Durstgefühls
- Veränderung des Stuhlverhaltens
- Veränderung des Wasserlassens
- Gewichtsveränderungen
- Gereiztheit – Wutanfälle
- Angst – Panik
- Niedergeschlagenheit – Grübelzwang

Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden **Infektionskrankheiten** Sie haben (ggf. hatten):

- Hepatitis
- Borelliose
- Gürtelrose
- Lippenherpes oder Genitalherpes
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- HIV / AIDS
- weitere / andere:

Haben Sie **Allergien, Unverträglichkeiten** (z.B. gegen Medikamente, Staube, Blütenpollen, Nahrungsmittel, Elektrostrahlung) oder andere Probleme mit dem Immunsystem?

Bitte kreuzen Sie an, welche Stoffe Sie mehrfach täglich oder wöchentlich zu sich nehmen:

- Alkohol
- Kaffee – Schwarztee
- Tabak
- Süßigkeiten – Schokolade - Kakao
- Aufputzmittel
- Marihuana
- weitere / andere:

Wie **ernähren** Sie sich?

- vorwiegend biologisch vorwiegend herkömmlich Mischung aus beiden
- vegan laktovegetarisch mit Fisch mit Fleisch

Spezielle Diät: _____

Wie viel **Wasser / Flüssigkeiten** trinken Sie täglich?

Wie viel Zeit verbringen Sie am Tag / in der Woche nur für sich – wie viel **Auszeit / Freizeit** haben Sie – und was machen Sie in der Zeit?

Erleben Sie eine befriedigende **Sexualität**?

Was sind Ihre **Hobbys**?

Wie können Sie Ihre **Kreativität** befriedigend zum Ausdruck bringen?

Wie viel und welche **Ausgleichsbewegung** haben Sie am Tag / in der Woche?

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen, was Ihnen wichtig erscheint, Sie jedoch bislang in diesem Fragebogen noch nicht aufgeschrieben haben?

Um meiner Sorgfaltspflicht nachzukommen, ist es wichtig das Sie mich über Änderungen Ihres Gesundheitszustandes in Kenntnis setzen.

Da ich eine reine Bestellpraxis führe und ein gewisses Zeitfenster nur für Sie reserviere, bitte ich Sie Termine, die Sie nicht einhalten können mindesten 24 Stunden im voraus abzusagen, da ich Ihnen den Termin sonst in Rechnung stellen muss.

Ort

Unterschrift