



Gesundheit ist ein Geschenk,
 das man sich selbst machen muss.

Anamnesebogen

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen **genau** aus und **bringen Sie ihn zur Erstkonsultation in meiner Praxis** mit. Bringen Sie bitte ebenfalls die letzten **Blutuntersuchungsergebnisse und Befunde Ihres Hausarztes** mit.

Bitte nehmen Sie sich genug Ruhe und Zeit zum Ausfüllen. Es geht um Ihre Gesundheit.

Name: Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Geburtstag: Geburtsort:

Telefon: Mobil:

Fax: e-Mail:

Körpergröße/Gewicht: Beruf:

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? (*ordnen Sie bitte nach Wichtigkeit*)

1. seit:

2. seit:

3. seit:

4. seit:

5. seit:

6. seit:

Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits bekommen?

.....

.....

.....

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht



Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung, welche

eine Operation, welche

Hautausschlag Kummer/Trauer Ärger Schreck

andere:

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (bitte ganz genau angeben, wichtig!)

Name des Medikaments

1. seit:

2. seit:

3. seit:

4. seit:

5. seit:

6. seit:

Krankengeschichte

Welche Infektionskrankheiten, auch in der Kindheit, haben Sie durchgemacht?

Masern	Keuchhusten	Kinderlähmung	Pfeiffersches Drüsenfieber	
Mumps	Windpocken	Malaria	Gonorrhoe (Tripper)	Syphilis
Röteln	Scharlach	Salmonellose	Tuberkulose	

Wurden Sie schon einmal/öfter mit Antibiotika/Penicillin behandelt ? ja nein

wenn ja, wie oft im Jahr?

Haben Sie Narben? ja nein

wenn ja, wo?

Bereiten diese Beschwerden? ja nein

wenn ja, welche?
.....
.....

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krebs	Tuberkulose	Geschlechtskrankheiten
Herzerkrankungen	Gefäßerkrankungen	Schlaganfall
Geisteskrankheiten	Epilepsie	Multiple Sklerose
Asthma	Neurodermitis	Allergien
Rheuma	Zuckerkrankheit	Gicht
Schuppenflechte		

andere:



Chronologische Krankengeschichte:

(Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen /Operationen beginnend mit der am längsten zurückliegenden)

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Ernährung _____

Wieviel Liter und was genau trinken Sie täglich (auch Alkohol und Kaffee)?

.....

konsumieren Sie (bitte genau)

Zucker	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?
Kuchen	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?
Süßigkeiten	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?
Weißmehlprodukte	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?
Milchprodukte	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?
Eier	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?
Nüsse	ja	nein	wenn ja, wieviel?	wie oft?

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

starkes Verlangen nach:

große Abneigung gegen:

Nahrungsmittelallergien auf:

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ja nein



Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. Vegetarier oder Veganer.u.a.)?

.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen (falls vorhanden, Impfpass mitbringen)?

Diphtherie	Mumps	Pertussis (Keuchhusten)	Tetanus
Masern	Hepatitis	Polio (Kinderlähmung)	Röteln
FSME	Hib	Windpocken	Grippe

Gab es Reaktionen nach den Impfungen?

Fieber	Krämpfe	Unruhe	Verhaltensänderungen
--------	---------	--------	----------------------

Körperliche Symptome

Herz:	Beschwerden Druckgefühl/Beklemmung Infarkt Rhythmusstörungen	Lunge:	häufig Husten häufig Bronchitis Atemnot
Leber:	Entzündungen Hepatitis	Galle:	Steine/Koliken Fettunverträglichkeit
Blase:	häufige Entzündungen häufiges Urinieren kann Urin nicht halten	Magen:	Völlegefühl saurer Aufstoßen Appetitlosigkeit
Darm:	Neigung zu Verstopfung Neigung zu Durchfällen Entzündungen Infektionen Blähungen Geruch nach:	Stuhlgang:	täglich x in der Woche
Rücken:	Verspannungen Ischialgie Skoliose	Konsistenz:	hart weich hell dunkel schmierig knollig
Haut:	schlecht heilende Wunden Geschwüre/Furunkel Warzen Pilze Juckreiz	Arme:	Kribbeln kalte Hände Reynaud-Syndrom

Gynäkologisch

Ausfluss:	keinen	stark	gelblich	weiß	wundmachend
Periode:	regelmäßig	unregelmäßig	sehr schmerzhaft		
Blutungen:	hell	dunkel	braun	klumpig	
	Tumore	Zysten	Myome	Infektionen/Entzündungen	

Urologisch

Prostata: Beschwerden beim Wasserlassen
häufiges Wasserlassen, auch nachts
vergrößert
entzündet

