



Anamnesebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,
um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten möchte ich Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten und diesen Bogen zur 1. Therapie mitzubringen.
(Alle angegebenen Daten fallen selbstverständlich unter die therapeutische Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich)

Daten

Name/Vorname: _____

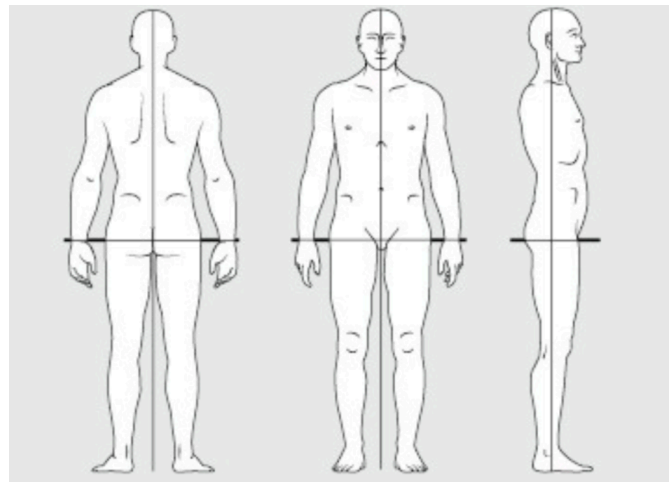
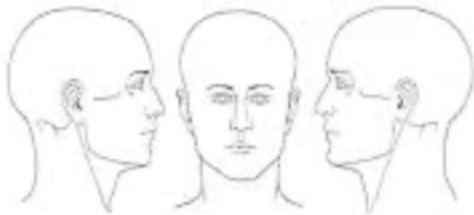
Geburtsdatum/-Ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Versicherung: _____



Bitte markieren Sie Ihre Schmerzen/Probleme in der Skizze.

1. Akute Symptomatik

Was: _____

Aktuelle Problematik

Wo: _____

Mit/ohne Schmerzausstrahlung?

Wie: _____

Brennen/stechen/kribbeln/Taubheit/Stärke/ziehend/dumpf/klopfend/hell

Seit Wann: _____

Wodurch: _____

Gibt es einen Auslöser? Unfall/Trauma

Wann: _____ 1

Bei Belastung/in Ruhe

Linderung der Schmerzen durch: _____

Wie sind die Schmerzen im Urlaub: _____

Bisherige erfolgte Behandlungen: _____

MRT/CT/Röntgen/Ärztliche Abklärung/Physio-, Osteopathie

Wie ist Ihre aktuelle Schmerzeinschätzung, bitte einkreisen:

Schmerzskala:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	kein Schmerz		—>								maximaler Schmerz

2. Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen: _____

Herz/Stoffwechselerkrankungen/Diabetes/Rheuma/Krebs/Unfälle/MS/Atemwegserkrankungen/COPD/Osteoporose/ Apoplex/Schilddrüsenerkrankungen/Hypertonie/PaVK/Gefäßkrankungen/Zeckenbiss/Pfeifferisches Drüsenfieber/Herpes/ Hauterkrankungen

Operationen/Narben: _____

Wann/Weissheitszähne OP?/Piercings/Tatoos

Impfungen: _____

Welche & Wann

Zahnstatus: _____

Amalgan/Kronen/Metall in den Zähnen/Wurzelbehandlungen/Implantate

Psyche: _____

Belastungen/Stress/Depressionen/Burn Out/Stimmungsschwankungen

Dauerausscheider: _____

Kinderkrankheiten: _____

Frauen:

Geburtenanamnese: _____

Wie viele Schwangerschaften/Geburten/Sterilisation/Abtreibung

Menstruationsbeschwerden: _____

Wie & Wann/Zystenneigung?

Männer

Prostataprobleme/Potenz: _____

3. Medikamente:

Welche: _____

Weshalb/Seit wann/Pille/Spirale/Marcumar

Nahrungsergänzungsmittel: _____

4. Allergien

Welche: _____

Wie reagiert: _____

Anaphylaktischer Schock/Kreislaufversagen

Unverträglichkeiten: _____

Gluten/Laktose/Weizen/Fructose

Speisen die Sie nicht vertragen: _____

Schimmelpilze: _____

In der Wohnung/Kontakt mit Schimmel?

5. Vegetative Anamnese

Stimmung aktuell: _____

Stress/Ausgeglichen/Wie fühlen Sie sich?

Schlafen: _____

Schnarchen/Gedanken vor dem Einschlafen/Einschlafstörungen/Atemprobleme/Unruhiges Schlafen

Gewichtsveränderungen in letzter Zeit: _____

Verdauung: _____

Wie oft am Tag, Konsistenz - häufig wechselnd? Regelmässig/Verstopfungen/Speisen & Fette, die Sie nicht vertragen?

Miktion(Urinabgang): _____

Brennen beim Wasser Lassen/Nachts - wie oft?/Geruch? Beim Husten/Niesen/Lachen gehen Tropfen ab?

6. Ernährung

Was essen Sie? _____

Pausen/Regelmäßigkeit beim Essen: _____

Appetit: _____

Wie viel essen Sie/Haben Sie Appetit

Heisshungerattaken: _____

Lust auf Süßes?

Trinkverhalten: _____

Was & Wie oft am Tag/Wasser mit/ohne Kohlensäure?

7. Sozialanamnese

Beruf: _____

Familiäre Situation: _____

Zufrieden/Belastung/Versorgen Sie sich selbst?

Hobbys/Freizeitgestaltung: _____

Sport: _____

Freunde: _____

Wohnsituation: _____

Haustiere/Kontakt zu Tieren

Religiöse/kulturelle Besonderheiten: _____

8. Genussmittel

Rauchen: _____

Shischa/Wie oft/Wie viel

Alkohol: _____

Wie oft/Wie viel/Was

Sonstige Süchte/Abhängigkeiten: _____

Medikamentenabhängigkeit?/Schlafmittel?/OrdnungsticK/Manie/Kleptomanie/...

9. Familienanamnese

(Erb)Krankheiten in der Familie: _____

10. Sexualanamnese

Geschlechtskrankheiten/übertragbare Krankheiten: _____

Hepatitis/HIV

11. Reiseanamnese

Auslandsaufenthalte vor kurzem: _____

Dauer: _____