



## Anamnese-Fragebogen Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient,

gesundheitliche Beschwerden können viele verschiedene Ursachen haben, die manchmal gar nicht so klar mit den aktuellen Symptomen zusammenzuhängen scheinen. Um mir ein ganzheitliches Bild zu machen, benötige ich viele Informationen über Sie.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Vorfeld unseres Termins in Ruhe aus. Markieren Sie zutreffendes bzw. ergänzen Sie. Senden Sie ihn an mich zurück oder bringen Sie ihn zu unserem Termin ausgefüllt mit. Denken Sie bitte auch an Vorbefunde (Laborwerte, OP-Berichte, Bilder, etc.).

Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Persönliche Daten \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Versicherung       Gesetzlich (AOK, DAK usw.)       Beihilfe  
                          Private Zusatzversicherung       Privat-Versicherung

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden? Was ist ihr Ziel? \_\_\_\_\_

## Vorgeschichte

---

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

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

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Grippe, Zecken

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, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

Gibt es bekannte Allergien?

Pollen .....

Nahrungsmittel .....

Medikamente.....

Gab es Unfälle oder Operationen? Wann?

Haben Sie Vorerkrankungen bzw. chronische Erkrankungen? Welche und seit wann?

(z.B. Diabetes, Gicht, Rheuma, Arthrose, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Parkinson, Epilepsie, Bandscheibenvorfall, etc.)

## Kopf

---

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Wo?

Wie?

Wie oft?

Was sind Auslöser?

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

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Grüner Star,  
Maculadegeneration

Ohren links, rechts, beidseitig - Tinnitus, seit wann....., häufige Entzündungen.....

Zähne/ Kiefer Probleme? Karies, Parodontose, Entzündungen, Aphten,.....

Gibt es wurzelbehandelte Zähne?  Ja  Nein

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein

Zahnfüllmaterialien  Amalgam  Gold  Kunststoff   
Keramik

Kieferprobleme Knirschen, Schmerzen, Knacken, Schluckbeschwerden, seit  
wann.....

Nase behinderte Nasenatmung, Nase verstopft,

Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich,

häufig Nasennebenhöhlenentzündungen, Operationen

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Entzündungen

## Brust - Bauch - Rücken

---

Brust Beschwerden, Operationen,

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Asthma,

Leber Entzündung – Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Schmerzen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach .....

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,

Konsistenz: hart, knollig, geformt, weich, bleistiftartig, breiig, dünnflüssig

Stuhl hell, dunkel, übelriechend, Blut im Stuhl,

kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang  
wechselhaft

## Arme - Beine - Rücken - Haut

---

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Ödeme, Missempfindungen

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Schmerzen

Haut/Nägel Verbrennungen, Ekzeme, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze,  
Neurodermitis, Psoriasis

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

O Ja, bitte unbedingt zeigen O Nein

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen und infiziert?

## Urogenitalbereich

---

Männer

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

## Frauen

Geburten.....

Fehlgeburten.....

Eierstockentzündung, Ausschabungen, Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, usw.....

Ausfluss - keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, färbt die Wäsche, Schmerzen

## Menses

Wann war die erste Menses? ..... wann die letzte?.....

Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange .....

Abstand der Regelblutungen .....

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche .....

Zwischenblutungen.....

Wechseljahresbeschwerden .....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche .....

Niere / Blase Nierensteine? Entzündungen häufig?

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach .....

Sexualität vermindert, verstärkt, Libido vermindert, Beschwerden

## Allgemeines

Blutgruppe.....Körpergröße.....aktuelles Gewicht.....Blutdruck.....

Trinken Sie Alkohol? .....Rauchen Sie? .....

Treiben Sie Sport? Welchen? .....

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen wann? .....,

Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen,

Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen;

Haben Sie elektrische Geräte in Ihrem Schlafzimmer? Welche?.....

Vitalität Fühlen Sie sich körperlich und geistig vital und fit?.....

Können Sie sich gut konzentrieren?

Wie ist Ihre Stressbelastung? 1 (keine).....10 (hoch)

Gemütssymptome Ängste, Kummer, Sorgen, Beziehungsprobleme, Traurigkeit, .....

Ernährung Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigungen gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Nikotin, Alkohol

Mischkost, vegetarisch, vegan, .....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten.....

Frühstück:.....

Mittag:.....

Abendessen:.....

Trinken Was und wie viel trinken Sie am Tag? .....

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

Sind Sie sehr infektanfällig?

Datum:

Unterschrift: