

Anamnese-Fragebogen Erwachsene

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Geburtsort _____

Straße _____ Tel. priv. _____

PLZ-Ort _____ Tel. Beruf _____

Beruf _____ Familienstand/Kinder _____

Körpergröße _____ Gewicht _____

Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Beihilfe/Post

Privat-Versicherung

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen, ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten.

An welchen Krankheiten leiden Sie uns seit wann? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

Werden die Schmerzen durch Bewegung besser schlechter kein Einfluss

Treten die Schmerzen in Ruhe nachts tags Wärme Kälte auf?

Werden die Schmerzen durch Wetteränderung beeinflusst? ja nein

Welche Untersuchungsverfahren wurden gemacht?

Welche Therapien wurden wann eingesetzt?

Gibt es Fremdbefunde? Wenn ja, bitte mitbringen. nein

Bildgebende Verfahren? Wenn ja, bitte mitbringen. nein

Ärztliches Labor/Blutbefunde? Wenn ja, bitte mitbringen. nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte genau? In welcher Dosierung und seit wann?
Dosierung Einnahme seit

Nehmen Sie Vitamine, Magnesium, Folsäure usw.?

Ist Ihnen eher zu kalt oder zu warm?

Haben Sie Zahnfüllungen aus:

- Amalgam Kunststoff Brücken
 Gold Keramik
 Palladium Implantate

Wie ernähren Sie sich vorwiegend?

Bitte Zutreffendes unterstreichen. Bitte wie oft oder wie viel am Tag, in der Woche dahinter schreiben.

Zucker Zuckerersatzstoffe Milchprodukte
Weißmehlprodukte Eier Nüsse Süßigkeiten
Kuchen Fleisch Wurst

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Seit wann?

Gräser/Pollen _____

Nahrungsmittel _____

Sind Sie nach dem Essen müde? ja nein

Völlegefühl Sodbrennen Appetitlosigkeit

Wie oft haben Sie Stuhlgang? ____ x täglich ____ x wöchentlich

Neigung zu Durchfall Verstopfung

Wie ist die Konsistenz des Stuhls? geformt breiig wässrig wechselt verstopft knollig

hell dunkel übel riechend kann Stuhl nicht halten Gefühl, nicht fertig zu werden

Hämorrhoiden? ja Blut hell Blut dunkel Juckreiz nein

Haben Sie häufig Blähungen? ja nein

Haben Sie Einschlafstörungen? ja nein

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Sind Sie morgens erholt und fühlen sich frisch? ja nein

Wachen Sie nachts auf? Wie oft? Um welche Uhrzeit?

Schlafzeit, übliches zu Bett gehen: _____ übliches

Aufstehen: _____

regelmäßig _____ Tage

unregelmäßig _____ bis _____

Wie verläuft/ verlief Ihr Menstruationszyklus?

Haben Sie Beschwerden - vor - während - nach - der Menstruation?

Klimakterium

Haben/Nehmen Sie Hormonpräparate (Verhütungsmittel) eingenommen, welche? Hormonspirale?

Aktuelle Schwangerschaft?

Gynäkologie: Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten,

Myome, Geschlechtskrankheiten, anderes:

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen

Prostata vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten,

Schilddrüse: Unterfunktion, Überfunktion, Vergrößerung, Hashimoto, Operation

Ohren: links/rechts Tinnitus? links/rechts Art des Geräusches?

Nase: Operationen, Nasennebenhöhlen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/heute

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

Lunge: Bronchitis, häufig Husten: trocken/schleimig/Kitzelhusten/blutig/anders:

Leber: Entzündung/Fettleber/Hepatitis

Galle: Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Entfernt

Blinddarmoperation O ja O nein

Haut/Nägel: Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

O Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine sind wichtig!

O Nein

Treiben Sie Sport?

Was haben Sie für Hobbys?

Haben Sie Haustiere?

Ist Ihr Schlafplatz/Arbeitsplatz auf Elektrosmog untersucht? O ja O nein

Was erwarten Sie sich von einer Behandlung?

Datum: _____

Unterschrift: _____