

## Anamnesebogen

Erwachsene

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon privat
Straße	Handy
PLZ Ort	Fax
Hausarzt	Email
Beruf / Ausbildung	

### Versicherung

Gesetzliche KV  
Beihilfe  
Privat

#### So beantworten Sie die Fragen

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Anamnesebogen genau auszufüllen, damit während der Sprechstunde alle wesentlichen Informationen bereits vorhanden sind und nicht zusätzlich erfragt werden müssen. Bei den Beispielen können Sie das **Zutreffende unterstreichen**; ansonsten bitte **mit eigenen Worten** beantworten.

**Wichtig** Bitte schreiben Sie **hinter jedes Symptom eine Zahl** von 1 bis 10 (1= sehr sehr gering, 10 = extrem stark **und in welchem Jahr** es zum ersten Mal aufgetreten ist, z.B. Kopfschmerzen 5 '95

### Bitte in die Praxis mitbringen

- regelmäßig eingenommene Medikamente mit (nicht nur die Beipackzettel)
- aktuelle Laborwerte
- Arztberichte und evtl. eine Panorama-Aufnahme des Kiefers
- Impfausweis

**Was sind Ihre 3 Hauptbeschwerden?** Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Gab es kurz vor dem ersten Auftreten der aktuellen Beschwerden etwas Ungewöhnliches, das vielleicht als Auslöser gewirkt haben könnte?**

z.B. eine Erkrankung, Hautausschläge, eine Operation, ein Medikament, eine emotionale Belastung (Trennung, Trauer, Schock, ...), ....

# 1. Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

## Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt (Großeltern, Eltern, Geschwister)?

z.B.: Krebs, Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzkrankheit, Gefäßerkrankungen, Asthma, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Magengeschwüre, Gicht, Allergien, Psoriasis, Neurodermitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Multiple Sklerose, M. Parkinson, M. Alzheimer, Epilepsie, Depressionen, Suizid, Psychosen, Suchterkrankungen, usw. ...

## Welche der regulären Impfungen haben Sie bekommen?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, HIB, Polio, Hepatitis, Tuberkulose (BCG), Cholera, Gelbfieber, Pocken, FSME, Grippe, ....

## Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B.: Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, ...

**Corona-Impfung:** wann 1. \_\_\_\_\_ wann 2. \_\_\_\_\_

welcher Impfstoff? \_\_\_\_\_

Reaktionen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Hepatitis A / B / C / D / E, HIV, Tuberkulose, Tropenkrankheiten, ....

## Haben Sie schon mal Antibiotika oder Cortison genommen?

Wenn ja, welches Präparat wurde eingesetzt?

# 2. Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Nie      Selten      Häufig: \_\_\_\_\_

**Wo?**      Stirn    Augen    Schläfen    Hinterkopf  
            halbseitig links / rechts    beidseits

**Wann?** Morgens      Abends      den ganzen Tag gleich

**Auslöser:**

**Was hilft?**

**Was verschlimmert?**

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder Haarausfall, Schuppen,    seit wann?

**Augen:**      Bindehautentzündung, Grauer Star, Grüner Star, kurzsichtig, weitsichtig,  
                 Makuladegeneration, Gerstenkorn, ...  
**Wo?**    rechts, links, beide Augen

**Ohren:**      Mittelohrentzündung, Innenohrentzündung, Schwerhörigkeit, Taubheit,  
                 Schmerzen, Geräuschüberempfindlichkeit, ...  
**Wo?**    Rechts, links, beide Ohren

**Zähne:** Weisheitszähne gezogen ja nein welche  
 Wurzelbehandelte Zähne ja nein welche  
 Tote Zähne ja nein welche  
 Empfindliche Zähne heiß/kalt ja nein welche  
 Implantate ja nein welche Keramik/Titan?  
 Zahnfüllmaterialien aktuell:  
 Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate  
 Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wann?  
 Womit wurde nach Amalgamentfernung ausgeleitet?

**Kiefer:** Malokklusion  
 Korrektur durch feste Spange, lockere Spange / Bionator

**Mandeln:** häufige Mandelentzündungen als Kind / heute, Mandeloperation,  
 Halsschmerzen, Mundgeruch

**Nase:** Nasenscheidewand abweichend, Polypen, Operationen, Heuschnupfen, Allergien  
 Nebenhöhlenentzündung, Schnarchen, Schlafapnoe-Syndrom

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten heiß / kalt,  
 Autoimmunerkrankung, Operation

**Haut:** Ausschläge, Akne, Akne inversa, Psoriasis, Neurodermitis  
 schlecht heilende Wunden, Narbenkeloide

### 3. Neurologie

**Gehirn:** Schlaganfall, M. Alzheimer, M. Parkinson, Multiple Sklerose  
 Epilepsie: welche? Anfälle wie häufig?

**Rückenmark:** Bandscheibenvorfall / Spinalkanalstenose mit Rückenmarkskompression  
 Transverse Myelitis, ALS

**Periphere Nerven:** Polyneuropathie: Symptome?  
 Lähmung  
 Nervenschmerzen

### 4. Brust / Bauch

**Herz:** Stechen, Druckgefühl, hoher/niedriger Puls, Rhythmusstörungen  
 Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP, Angina pectoris, Beklemmungen

**Blutdruck:** wann zuletzt gemessen? Ergebnis:

**Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung  
 Asthma bronchiale, COPD, Emphysem, Lungenfibrose  
 Rauchen Sie? Wie viel? Seit wie vielen Jahren?

**Brustdrüsen:** Knoten, Zysten, Beschwerden, Operation

- Leber:** Hepatitis, Fettleber, vergrößerte Leber, Leberzirrhose  
Alkoholkonsum: nie selten täglich Abhängigkeit
- Gallenblase:** Gallensteine, Koliken, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Operationen?
- Magen:** Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Sodbrennen, Reflux, Nahrungsmittelallergien  
Gastritis, Magengeschwür
- Darm:** Infektionen: bakteriell, viral, Pilze (Candida etc.), Parasiten, Reisedurchfall  
Neigung zu Hämorrhoiden / Blähungen (Geruch: \_\_\_\_\_)  
Blinddarm-Operation
- Stuhlgang:** täglich, jeden 2. / 3. / 4. ... Tag, unregelmäßig  
Neigung zu Verstopfung / Durchfällen, Reizdarm-Syndrom, Leaky-Gut  
**Stuhl:** hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig;  
wechselhaft, brauche viel Papier / Toilettenbürste, Gefühl nicht fertig zu werden.
- Niere:** Nierensteine, Entzündungen, häufig Stechen im Rücken rechts / links  
Nierenversagen, Dialyse
- Blase:** Blasenentzündung aktuell / häufig, Inkontinenz
- Urin:** viel, wenig, häufig, hell, dunkel, bräunlich, schaumig, flockig,  
riecht nach:

## 6. Frauengesundheit

- Ausfluss:** keinen, stark, schwach, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche,  
Schmerzen, Juckreiz

- Schwangerschaften:** wie viele? Wann?  
Natürliche Geburt / Kaiserschnitt  
**Komplikationen:** Eklampsie, Präeklampsie,  
Schwangerschaftsdiabetes, Frühgeburt, Fehlgeburt, ...  
Ausschabung / Abtreibung

- Eierstöcke:** Zysten, PCOS, Tumore

- Gebärmutter:** Myom, Karzinom, Hysterektomie

- Menses:** Beginn mit \_\_\_ Jahren  
Wechseljahrsbeginn: Menopause:

- Blutungen:** hell, dunkel, klumpig, braun  
stark, schwach, dauert wie lange  
Abstand der Regelblutungen:  
Zwischenblutungen:

**PMS:** Krämpfe, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Reizbarkeit, Ödeme, Brustschmerzen,...

**Klimakterische Beschwerden:**

Hitzewallungen, emotionale Achterbahn, vaginale Trockenheit, ...

**Eingesetzte Verhütungsmittel:**

seit wann?

**Letzter Termin beim Frauenarzt:**

## 6. Männergesundheit

**Prostata:** Beschwerden beim Wasserlassen, benigne Prostatavergrößerung, Entzündung aktuell / gehabt  
letzter Termin zur Krebsvorsorge:

## 7. Bewegungsapparat

**Wirbelsäule:** Beschwerden in HWS / BWS / LWS  
Bandscheibenvorfall: wo? Wann?  
Operation: Bandscheiben-OP, WS-Versteifung  
Spinalkanalstenose, Gleitwirbel, Nervenwurzelentzündung  
Osteoporose mit Wirbelkörperbruch

**Gelenke:** Schmerzen, Steifigkeit, Arthrose, Arthritis, Meniskus-Schaden, Gelenk-Ersatz  
wo? Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Finger, Hüfte, Knie, Fußgelenk, Zeh

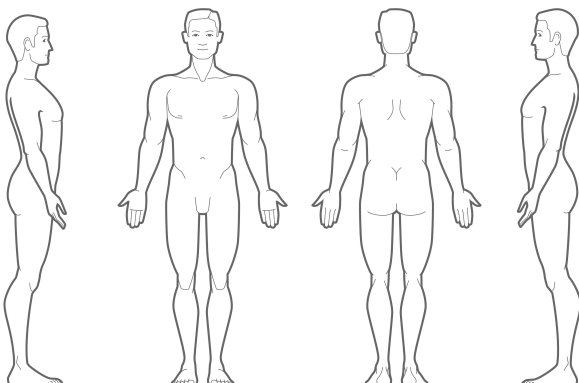
**Muskeln:** Muskelschmerzen, -schwund, -steifigkeit, -zuckungen, -schwäche  
häufig Muskelkater nach geringer Anstrengung

**Sehnen:** Entzündung wo?  
Gerissene Sehne (Achillessehne, Bicepssehne etc.), OP

**Knochen:** Osteoporose  
Frakturen wie versorgt?  
Fersensporn rechts/links seit  
Knochenmetastasen wo?

## 8. Narben

Bitte Narben mit Jahreszahl der Entstehung eintragen:



## 9. Schlaf

**Allgemein:** Schlaflosigkeit, Einschlafschwierigkeiten, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: \_\_\_\_\_), morgendliches Früherwachen (Uhrzeit: \_\_\_\_\_), Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, Schlafwandeln, Sprechen im Schlaf

**Träume:** nicht rememberlich, gegen Morgen, schön, realitätsnah, das Tagesgeschehen verarbeitend, Albträume; in Farbe – schwarzweiß.

**Schlafhygiene:** **Tagesrhythmus:** Aufstehen um \_\_\_\_\_ Schlafengehen um \_\_\_\_\_  
**Schlafplatz:** ruhig – laut, hell – dunkel, viele elektrische Geräte

## 10. Gewohnheiten

**Ernährung** ich esse alles / ich verzichte auf:  
**Nahrungsmittel-Allergien** (mit Nachweis):  
Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten:  
Verlangen nach: süß – sauer – pikant – salzig – Fleisch – Eier – Obst  
Abneigung gegen: süß – sauer – pikant – salzig – Fleisch – Eier – Obst

**Trinken** **Flüssigkeitsmenge pro Tag:**  
Wasser, Kräutertee, Schwarzer/Grüner Tee, Kaffee, Saft, zuckerhaltige Getränke, Diät-Getränke, Energy-Drinks

**Nikotin** Wie viel pro Tag? Seit wann?

**Alkohol** Wie häufig? Was?

**Sportarten:** Wie häufig?  
Aktueller Fitnesszustand: sehr gut gut mittel schlecht

**Nutzung von elektronischen Geräten:**  
Handy, DECT-Telefon, Bluetooth-Telefone, W-LAN, ...  
davon direkt am Schlafplatz:

**Haben/hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle oder Schimmelpilze?**

## 11. Psychische Belastungen

**Aktuelle Konflikte:** innerhalb der Familie – am Arbeitsplatz – im Freundeskreis

**Traumatische Ereignisse:** wenn Sie wollen, können Sie hier eine kurze Zusammenfassung schreiben (Angabe nicht verpflichtend)

**Sind Sie in Behandlung bei einem Psychologen / Psychotherapeuten / Psychiater?  
Welche Diagnose wurde gestellt?**

## **12. Therapieerfahrung**

**Welche Therapien haben Sie schon ausprobiert? Welche davon haben gut gewirkt?**

Bitte schreiben Sie hier auch Infusionstherapie, Operationen, Physiotherapie, Psychotherapie und naturheilkundliche Behandlungen auf.

## **13. Aktuelle Medikation**

## **14. Chronologie der Krankheitsgeschehens**

**In welcher Reihenfolge traten Ihre Beschwerden auf?**

Bitte erfassen Sie dabei auch Operationen, Infektionserkrankungen und traumatische Ereignisse.