

Anamnesebogen

Name & Vorname: _____

Anleitung

Bitte fülle diesen Fragebogen genau aus. Beispiele nutzen, sofern diese zutreffen, ansonsten mit deinen eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen dir genug Zeit 😊

Die ausführliche Anamnese, benötige ich 2 Werktage vor der Behandlung digital ausgefüllt, per E – Mail zurück.

Das PDF- Dokument kannst du per GoodNotes (bei Apple Produkten), per Foto App (IOS und Android), per Camp Scanner oder per PDF 24 ausfüllen.



Was ist dein Wunsch, was ist dein Ziel der Zusammenarbeit mit mir?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten deiner Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Erkrankungen sind in deiner Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Psychische Erkrankungen, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Arthritis, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche Auffrisch-Impfungen hast du bekommen?

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Covid-19 usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Ja z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen usw.
 Nein

Welche Infektionskrankheiten hast du durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, usw.

Hast du Allergien? Ja Nein

Pollen / wann _____

Nahrungsmittel - Laktose/Gluten/Fruktose usw. _____

Wie belastbar und leistungsfähig fühlst Du dich? _____

Kopf

Leidest du unter Kopfschmerzen? Falls ja

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig,
links - rechts – doppelseitig.

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration, usw.

Tragen Sie eine Brille? Ja Nein Letzte Kontrolle: _____

Ohren links / rechts - Tinnitus oder sonstige Ohrgeräusche seit _____ Schwerhörigkeit seit _____

Tragen Sie ein Hörgerät? Ja Nein Letzte Kontrolle: _____

Zähne / Kiefer

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Hast du wurzelbehandelte Zähne? Ja. Nein

Hast du Implantate? Ja Nein

Kiefergelenkprobleme? Ja Nein

Hast du eine Zahnschiene (Knirschen, CMD) Ja. Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung.

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute.

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe.

Lunge Bronchitis, häufig Husten, post Covid?

Leber Entzündung, Hepatitis.

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

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation, Sodbrennen

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen-Geruch, Divertikel.

Stuhlgang täglich(1x /Tag = Normal), Jeden 2, 3, 4 Tag, unregelmäßig,
Neigung zu Verstopfungen, Neigung zu Durchfall, Konsistenz: schnittfest, Stuhl hell,
dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, Pasten artig, kann Stuhl nicht
halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken - Arme - Beine – Bauch

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

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße,
Kribbeln, Taubheitsgefühl usw.

Trägst du eine Schuhzurichtung oder Einlagen Ja Nein, Fersenerhöhung.

Totalerhöhung, Schmetterlingssohle, Abrollhilfe, orthopädische Schuhe

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma usw.

Hattest du einen Unfall mit Halswirbelsäulen Beteiligung – Schleudertrauma?

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung usw.

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss- Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten

Bist Du Schwanger? Wenn Ja, in welchem Monat? _____

Menses Wann war die erste Menses _____ wann die letzte _____
Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche _____
Beschwerden in den Wechseljahren _____

Nimmst du Verhütungsmittel? Welche _____

Prostata vergrößert, Entzündung gehabt, aktuelle Beschwerden beim Wasserlassen.

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen - häufig, oft kalte Füße _____

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

Sexualität verminderte Libido, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden nach Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Mein **Blutdruck** _____ trinkst du **Alkohol**? Wie häufig? _____

Rauchst Du? _____

Lebest Du nach bestimmten Ernährungsrichtlinien- vegetarisch, vegan, usw. _____

Wie viel Liter und was trinkst Du pro Tag? _____

Nimmst Du Zuckerersatzstoffe zu dir? _____

Bist Du bereit, deine Ernährungsgewohnheiten mit Hilfe zu verbessern? _____

Auf welche Nahrungsmittel kannst Du schwer verzichten? _____

Treibst Du Sport? Welchen, seit wann, wie oft? _____

Wie häufig reitest du? Hast du körperliche Beschwerden beim Reiten? _____

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen _____ übliches Aufstehen _____

Schmerzfragen

Hast du **Narben**? Wo, zeichne die Narben in der **Farbe Grün** ein:

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichne in **Rot**:

Bitte markiere genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.

Rechts

Links



Schmerzsкала für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Schwach mittel sehr stark
(stärkste vorstellbare Schmerz)

Seit wann hast du Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft hast du die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener.

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend, pulsierend, usw.

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen

Tageszeit_____Wetterlage, Monatsblutung,
Sonstiges:_____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges:_____

Was tut dir präventiv gut? Sport, Dehnen, Selbstfürsorge, Spaziergang,
regelmäßig/ausreichend Essen und Trinken, Reiten
Sonstiges:_____

Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Schweißbildung,
Berührungsempfindlichkeit, Seh- oder Hörstörungen,
Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel,
Bewegungseinschränkung, Sonstiges:_____

Bisherige Schmerzbehandlung: _____

Dein Hausarzt (Name & Adresse): _____

Welche Medikamente nimmst du zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Welche Behandlungen hast du bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Bitte genau.

Chronologie der Krankengeschichte - Zeitstrahl

Bitte erfass alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Du durchgemacht haben.

Ist bei Dir Osteoporose bekannt?

Die ausführliche Anamnese, benötige ich 2 Werkzeuge vor der Behandlung digital ausgefüllt, per E – Mail zurück.

Das PDF- Dokument kannst du per GoodNotes (bei Apple Produkten), per Foto App (IOS und Android), per Camp Scanner oder per PDF 24 ausfüllen. Bitte bring alle vorhandenen Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT. PET, usw.) zum ersten Termin mit!