

# Anamnesebogen Erwachsene

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Personenstand:  ledig  verheiratet  
 verwitwet  geschieden

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Für Frauen:  schwanger  stillen

Name, Adresse, Telefonnummer des **überweisenden** Arztes bzw. Therapeuten:

---

Name, Adresse, Telefonnummer des **Hausarztes**:

---

Beschäftigung:  Beruf \_\_\_\_\_

Hausfrau/Hausmann  Schule/Ausbildung  Arbeitslos  
 Rente altershalber  Rente gesundheitshalber

1. Leben Sie in häuslicher **Gemeinschaft**? (Mehrfachantworten sind möglich)

ich lebe mit dem Ehepartner/Partner  ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern

ich lebe mit Kindern: Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter/Geschlecht(M/W): \_\_\_\_\_

ich lebe mit anderen Verwandten  ich lebe mit Freunden/Bekanntem

nein, ich lebe allein:

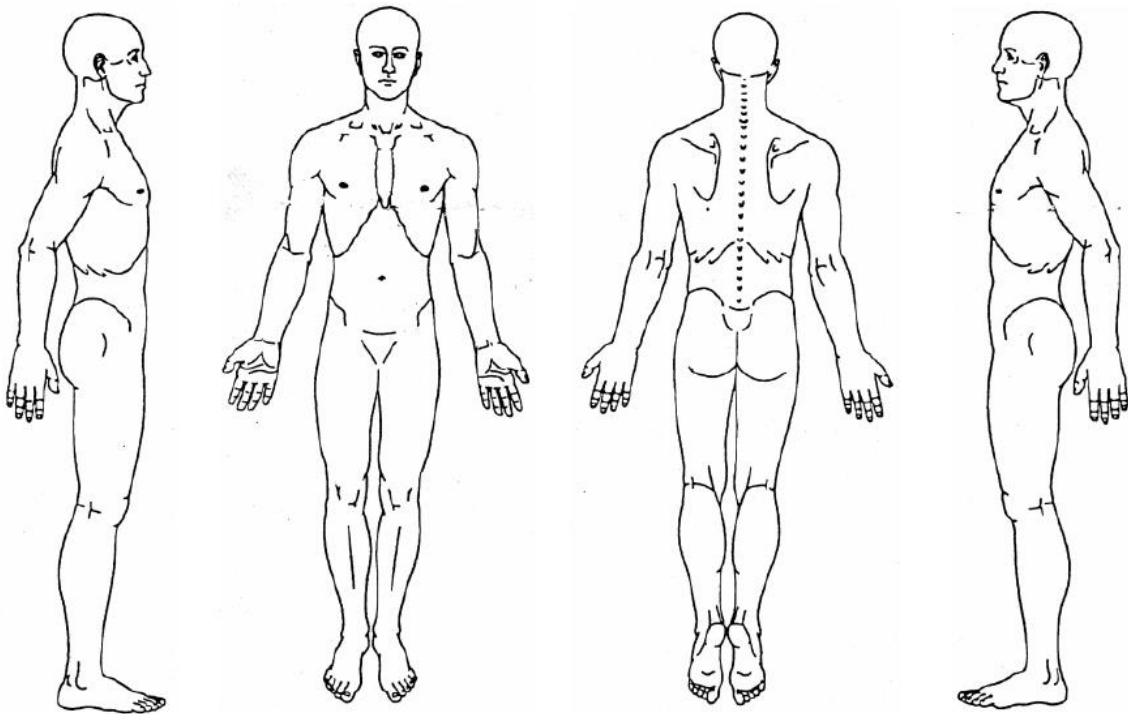
2. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

|                  | Sehr                  | Gut                   | Mäßig                 | Nicht                 |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Arbeitssituation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wohnsituation    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Finanzielle Lage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Freizeit         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gesundheit       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Familiäre Situation                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beziehung zu Freunden/Nachbarn/Bekannten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insgesamt im Leben                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Bitte beschreiben Sie die aktuellen Beschwerden, Symptome, Krankheiten

4. Bitte geben Sie in den Körperschemata Ihre **Schmerzbereiche** oder Bereiche mit verändertem Empfinden an. Umkreisen Sie bitte die für Sie wichtigsten Bereiche.



5. Wie ist der Schmerzcharakter und die Intensität?

6. Seit wann sind die Beschwerden vorhanden? Gab es einen Auslöser? Akuter oder schleichender Beginn?



13. Welche Therapien sind bislang durchgeführt worden – und wer hat diese durchgeführt – und mit welchem Erfolg?

14. Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Linderung oder Ablenkung stehen Ihnen zur Verfügung?

15. Was wünschen/erhoffen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis – was ist Ihr **Behandlungsziel**?

16. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Allgemeinsymptome Sie haben.

Übelkeit – Brechreiz – Erbrechen

Fieber – Schwitzen – Nachtschweiß

Herzklopfen – Herzrasen – Bluthochdruck – Herzrhythmusstörungen

Atemnot – Husten – Auswurf

Schlafstörungen

Antriebslosigkeit – Müdigkeit

Veränderung des Appetits oder des Durstgefühls

Veränderung des Stuhlverhalten

Veränderung des Wasserlassen

Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme

- Gereiztheit – Wutanfälle
- Angst – Panik
- Niedergeschlagenheit – Grübelzwang
- vermehrtes Schlafbedürfnis – Schlafstörungen
- Krämpfe – Tics

17. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Infektionskrankheiten Sie haben (ggf. hatten).

Wie wurden diese behandelt? Antibiose?

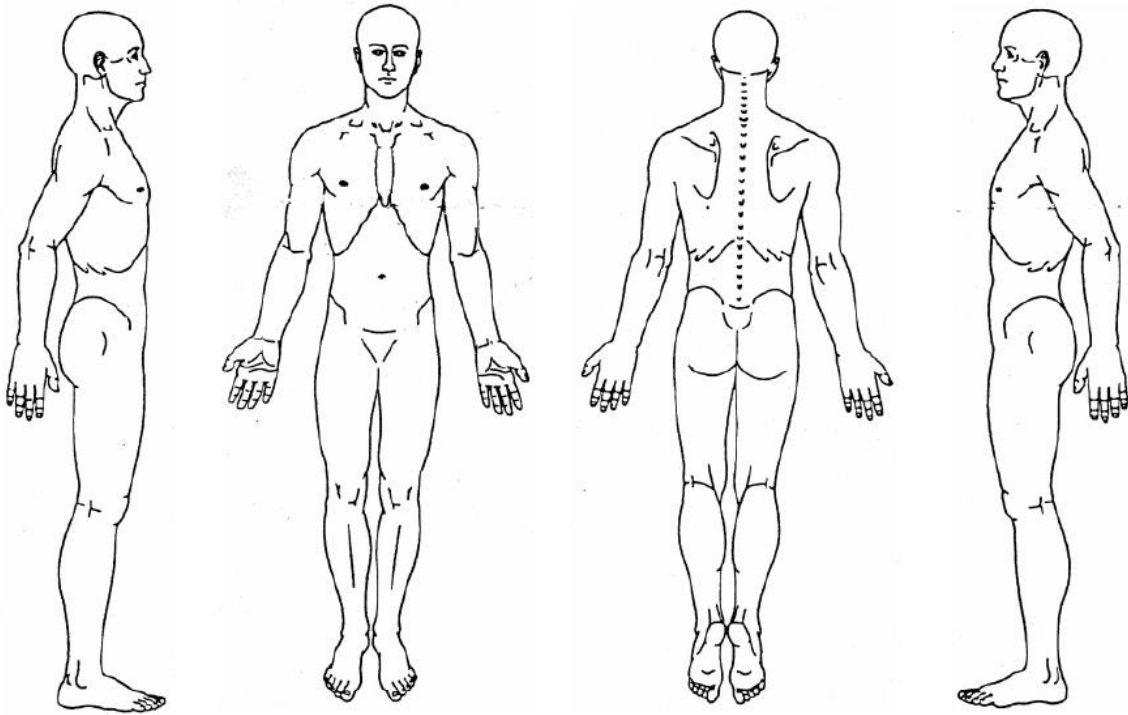
- Hepatitis
- Borreliose
- Gürtelrose
- Lippenherpes oder Genitalherpes
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- HIV / AIDS
- weitere / andere

18. Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. gegen Medikamente, Pollen, Staub, Nahrungsmittel, Elektrostrahlung) oder andere Probleme mit dem Immunsystem?

19. Hatten Sie jemals irgendwelche Operationen?

20. Hatten Sie jemals irgendwelche Unfälle?

21. Haben Sie irgendwelche Narben? Wenn ja zeichnen Sie diese bitte in die Körperschemata ein.



22. Welche Aufenthalte in Krankenhäusern oder Reha-Zentren haben stattgefunden? Bitte den Grund dafür angeben.

23. Welche bedeutsamen Lebensereignisse haben in Ihrem Leben stattgefunden?

24. Gibt es wegen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten laufende Gerichtsverfahren oder Anträge auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. auf einen Grad der Behinderung oder gedenken Sie diese vorzunehmen?

25. Welche Medikamente, Nahrungsergänzungen, Naturheilmittel nehmen Sie zur Zeit und in welcher Dosierung?

Wie verhüten Sie?

26. Haben Sie Implantate? (Körper, Zähne) Wo und seit wann?

27. Waren Sie in letzter Zeit im Ausland? Wenn ja, wo?

28. In welchen der folgenden Bereiche haben oder hatten Sie Beschwerden oder Vorerkrankungen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Haut (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Sklerodermie)                 | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schädel/Hirn (z.B. Schädelbasisbruch, Schlaganfall, Epilepsie, MS) | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Fieber   | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Trigeminusneuralgie  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nerven (z.B. Taubheit, Brennen, Koordination)                      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Augen (z.B. Sehstörungen, Lichtempfindlichkeiten)                  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Augenbewegungen, Augenzittern                        | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Ohren (z.B. Ohrgeräusche, Hörsturz, Geräuschempfindlichkeit)       | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewicht (Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)                 | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nasen/Nebenhöhlen (z.B. Polypen)                                   | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Geruchsstörungen – Geruchsempfindlichkeiten                        | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Zähne (z.B. Wurzelspitzenentfernung, Wurzelfüllungen)              | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleisch (z.B. Parodontitis)                                    | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Zunge/Wange/Gaumen/Mundschleimhaut (z.B. Brennen)                  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen – Geschmacksmissempfinden                      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Kaufähigkeit – Kaumuskelverkrampfungen               | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch   | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Gesichtsmuskeln oder Ticks                           | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Rachen (z.B. Mandelentzündung, -Entfernung)                        | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Sprechstörungen – Heiserkeit                                       | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Magen/Zwölffingerdarm (z.B. Sodbrennen, Geschwüre)                | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Leber/Galle (z.B. Gelbsucht)                                      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (z.B. Diabetes)                                | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm (z.B. Durchfälle)  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm (z.B. Blinddarmentfernung)                              | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Dickdarm (z.B. Verstopfung)                                       | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Enddarm/After (z.B. Divertikel, Hämorrhiden)                      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Luftröhre/Bronchien (z.B. Kratzen im Hals, Bronchitis)            | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Lungen (z.B. Lungenentzündung, Tuberkulose)                       | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Herz (z.B. Herzrhythmusstörungen, hoher/niedriger Blutdruck)      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nieren/Harnleiter (z.B. Koliken, Nierensteine)                    | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Blase/Harnröhre (z.B. Blasenentzündung)                           | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Hoden/Prostata (z.B. Prostatitis)                                 | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Eierstöcke/Eileiter (z.B. Eileiterschwangerschaft)                | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter/Scheide (z.B. Regelbeschwerden, Geburtsprobleme)      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Brüste (z.B. Zysten)  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse (z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)                | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nebennieren   | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenke (z.B. Gelenkknacken, Schmerzen)                     | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Nacken/Kopfgelenke (z.B. Bandscheibenprobleme, Blockaden)         | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Schultern/Oberarme  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen/Unterarme  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Handgelenke/Hand/Finger   | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule/Brustkorb  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule (z.B. Bandscheibenprobleme)                     | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Becken/Gesäß (z.B. Beckenschiefstand)                             | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Hüften/Leisten/Oberschenkel (z.B. Hüftgelenkverschleiß, Prothese) | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Knie/Unterschenkel (z.B. Meniskusprobleme)                        | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Fußgelenke/ Fuß/Zehen   | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Hormonsystem (z.B. Wechseljahre)                                  | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Blut (z.B. Blutgerinnungsstörung, Bluterkrankung)                 | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Lymphe (z.B. Elephantiasis)                                       | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma; MS, Lupus)                      | <input type="checkbox"/> Habe <input type="checkbox"/> Hatte |



29. Wie ernähren Sie sich?

vorwiegend biologisch

vorwiegend herkömmlich

Mischung aus beidem

vegan

laktovegetarisch

mit Fleisch

mit Fisch

Spezielle Diät \_\_\_\_\_

30. Wieviel Wasser/Flüssigkeit trinken Sie täglich?

31. Wie viel Zeit verbringen Sie am Tag/in der Woche nur für sich – wie viel Auszeit/Freizeit haben Sie und was machen Sie in der Zeit?

32. Erleben Sie eine befriedigende Sexualität?

33. Was sind Ihre Hobbies?

34. Können Sie Ihre Kreativität befriedigend zu Ausdruck bringen und wie?

35. Wie viel und welche Ausgleichsbewegungen haben Sie am Tag/ in der Woche?

36. Möchten Sie noch etwas mitteilen, was Ihnen wichtig erscheint, Sie jedoch bislang in diesem Fragebogen noch nicht aufgeschrieben haben?