

# Anamnesebogen

Ausfüll-Datum: 

Tag	Monat	Jahr	

1. Nachname: \_\_\_\_\_

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

2. Geschlecht:  männlich  weiblich

Geb.-Datum: 

Tag	Monat	Jahr	

3. Personenstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

4. Körpergröße (cm): 

--	--	--

 Körpergewicht (kg): 

--	--	--

Für Frauen:  schwanger  stillen

5. Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes oder Therapeuten:  
\_\_\_\_\_

6. Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:  
\_\_\_\_\_

7. Wie ist / war Ihre Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
(ggf. auch bisheriger/zukünftiger Beruf)

- Hausfrau / Hausmann       Schule / Ausbildung       Arbeitslos
- Berentet, altershalber       Berentet, gesundheitshalber       Berentet, freiwillig

8. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft (Mehrfachantworten sind möglich):

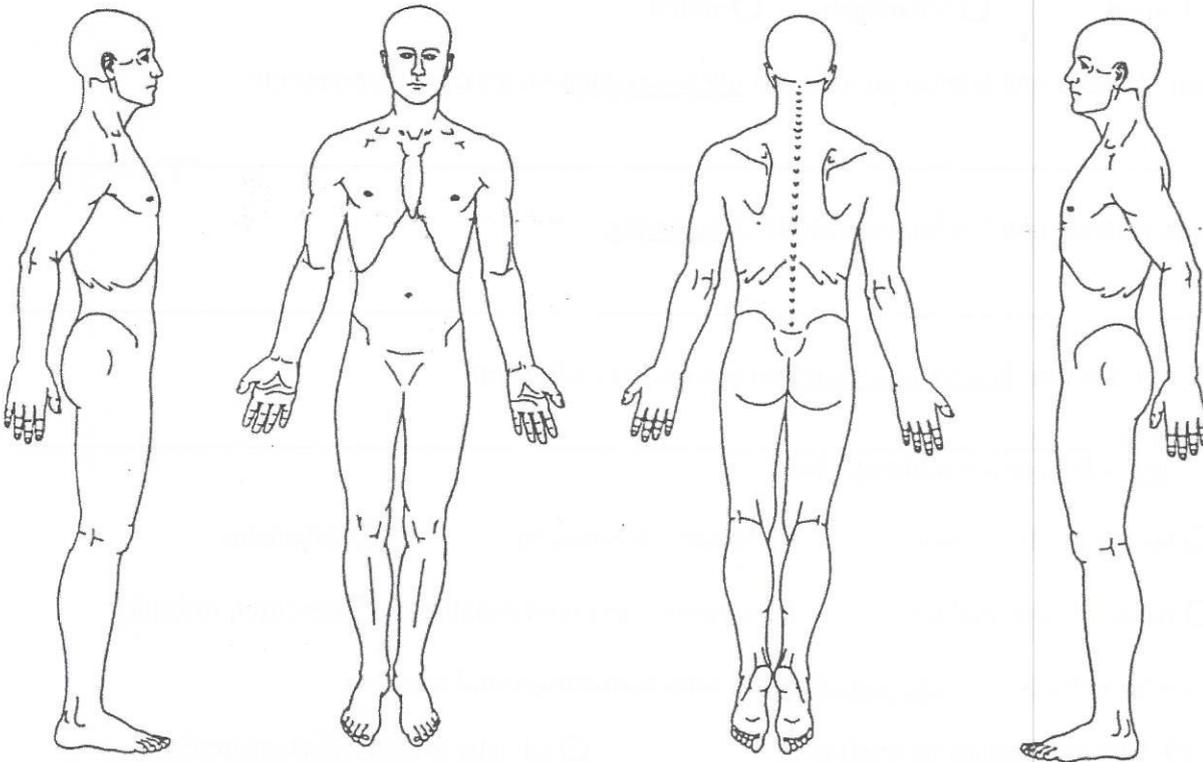
- ich lebe mit Ehepartner/Partner       ich lebe bei Eltern/Schwiegereltern
- ich lebe mit Kindern: Anzahl: \_\_\_ Alter, Geschlecht (M/W): \_\_\_\_\_
- ich lebe mit anderen Verwandten       ich lebe mit Freunden/Bekanntem
- nein, ich lebe allein

9. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?  
Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung.....	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zu Freunden, Nachbarn und Bekannten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insgesamt mit dem Leben.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10a. Bitte beschreiben Sie die aktuellen Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten, eventuell mit Diagnosen.

10b. Bitte geben Sie in den Körperschemata Ihre Schmerzbereiche oder Bereiche mit verändertem Empfinden an, umkreisen Sie dabei bitte die für Sie wichtigsten Bereiche.



11. Was bewirkt in den letzten Wochen eine Besserung Ihrer Beschwerden?

12. Was bewirkt in den letzten Wochen eine Verschlechterung Ihrer Beschwerden?

13. Seit wann sind die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten vorhanden?
14. Welche Ursachen oder Gründe gibt es, Ihrer Meinung nach, für das Entstehen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten?
15. Bitte beschreiben Sie den Verlauf und die Ausbreitung der Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.
16. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre persönlichen Lebensumstände?
17. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre Stimmungslage?
18. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit – Studium – Schule)?

19. Welche Diagnostik ist bislang für die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten durchgeführt worden – wer hat diese durchgeführt?
20. Welche Therapien sind bislang für die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten durchgeführt worden – wer hat diese durchgeführt?
21. Welche Ergebnisse haben die Therapien erzielt?
22. Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Linderung oder Ablenkung stehen Ihnen zur Verfügung?
23. Was wünschen/erhoffen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis – was ist Ihr Behandlungsziel?
24. Wie wäre das Ziel, Ihrer Meinung nach, in unserer Praxis erreichbar?

25. Welche Unfälle haben Sie erlitten?
26. Welche bedeutsamen Lebensereignisse haben in Ihrem Leben stattgefunden?
27. Welche Aufenthalte in Krankenhäusern oder Reha-Zentren haben stattgefunden?  
(bitte den Grund dafür angeben)
28. Gibt es wegen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten laufende Gerichtsverfahren oder Anträge auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. auf ein Grad der Behinderung (GdB) oder gedenken Sie diese vorzunehmen?
29. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung:

30. 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"/> 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"/> 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)                                  | <input type="checkbox"/> Habe | <input type="checkbox"/> Hatte |

31. 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 Stuhlverhaltens
  - Veränderung des Wasserlassens
  - Gewichtsveränderungen
  - Gereiztheit – Wutanfälle
  - Angst – Panik
  - Niedergeschlagenheit – Grübelzwang
32. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Infektionskrankheiten Sie haben (ggf. hatten):
- Hepatitis
  - Borelliose
  - Gürtelrose
  - Lippenherpes oder Genitalherpes
  - Pfeiffersches Drüsenfieber
  - HIV / AIDS
  - weitere / andere:
33. Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. gegen Medikamente, Staube, Blütenpollen, Nahrungsmittel, Elektrostrahlung) oder andere Probleme mit dem Immunsystem?
34. Bitte kreuzen Sie an, welche Stoffe Sie mehrfach täglich oder wöchentlich zu sich nehmen:
- Alkohol
  - Kaffee – Schwarztee
  - Tabak
  - Süßigkeiten – Schokolade – Kakao
  - Aufputzmittel
  - Marihuana
  - weitere / andere:

35. Wie ernähren Sie sich?
- vorwiegend biologisch       vorwiegend herkömmlich       Mischung aus beiden
- vegan       laktovegetarisch       mit Fisch       mit Fleisch
- Spezielle Diät: \_\_\_\_\_
36. Wie viel Wasser / Flüssigkeiten trinken Sie täglich?
37. 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?
38. Erleben Sie eine befriedigende Sexualität?
39. Was sind Ihre Hobbys?
40. Wie können Sie Ihre Kreativität befriedigend zum Ausdruck bringen?
41. Wie viel und welche Ausgleichsbewegung haben Sie am Tag / in der Woche?
42. Möchten Sie uns noch was mitteilen, was Ihnen wichtig erscheint, Sie jedoch bislang in diesem Fragebogen noch nicht aufgeschrieben haben?