

## ANAMNESEBOGEN

### Liebe Patientin, lieber Patient,

mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, mögliche Ursachen für Ihre Schmerzen und Beschwerden zu finden. Anhand der von Ihnen bereitgestellten Daten können wir uns gezielt vor Ihrem ersten Besuch auf Ihr Anliegen einstellen. Wir gewinnen wertvolle Zeit für die eigentliche Untersuchung sowie Behandlung und es gehen keine wichtigen Informationen verloren. Dies ist sehr wichtig für den Erfolg Ihrer Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und werden nur im Rahmen Ihrer Behandlung von uns verwendet.

Name, Vorname: ..... geb. am .....

Krankenkasse: ..... Tel.: ..... Mailadresse: .....

Beruf/derzeitige Tätigkeit: ..... Hobby: .....

Behandelnder Arzt: .....

Welche Beschwerden oder Schmerzen führen Sie in unsere Praxis?

.....  
.....

Seit wann bestehen diese und wann treten sie auf? .....

.....

Gab es ein auslösendes Ereignis?  nein  ja, welches? .....

.....

Wie stark schätzen Sie Ihre Beschwerden ein auf einer Skala von 1-10 (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz):

①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦    ⑧    ⑨    ⑩

Wie empfinden Sie die Schmerzen?

ziehend     brennend     stechend     klopfend     drückend     krabbelnd  
 kolikartig     krampfend     dumpf     beengend     bohrend     reißend

Sonstiges: .....

Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

morgens     abends     tagsüber     nach Belastung     in Ruhe     permanent

Gibt es Faktoren, die Einfluss auf Ihre Beschwerden haben?  nein  ja

Wenn ja, welche? .....

Können Sie Ihre Beschwerden provozieren?  nein  ja, wie? .....

Wurden bisher Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie durchgeführt?  nein  ja

Wenn ja, welche?  Röntgen     CT     MRT     Spritzen     Physiotherapie

Sonstiges: ..... (Unterlagen bitte mitbringen.)

# ANAMNESEBOGEN

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen?

	nein	ja		nein	ja
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungewollter Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( ___ kg)

Infektionskrankheiten  nein  ja Wenn ja, welche? .....  
 Neurologische Erkrankungen  nein  ja Wenn ja, welche? .....  
 Allergien/Unverträglichkeiten  nein  ja Wenn ja, welche? .....

Wurden bisher Operationen durchgeführt?  nein  ja  
 Wenn ja, welche? (bitte mit Jahresangabe) .....

Liegen in der Vergangenheit Unfälle zurück?  nein  ja  
 Wenn ja, welche? (bitte mit Jahresangabe) .....

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?  nein  ja  
 Wenn ja, welche? .....

Allgemeines:

Leistungsfähigkeit  gut  eingeschränkt  
 Sportliche Betätigung  regelmäßig  selten  nie  
 Einschlafprobleme  nein  ja  
 Durchschlafprobleme  nein  ja  
 Stuhlgang  normal  Durchfall  Verstopfung  wechselhaft  Blähungen  
 Wasserlassen  normal  Harnverhalt  häufig Blasenentzündungen  
 Essgewohnheiten  vegan  vegetarisch  überwiegend Fastfood

Besondere Diät Wenn ja, welche? .....

Essen Sie täglich Fleisch-/Wurstwaren?  nein  ja  
 Essen Sie täglich Milchprodukte?  nein  ja  
 Essen Sie täglich Zucker/Süßwaren?  nein  ja  
 Trinken Sie Kaffee?  nein  ja  
 Trinkmenge pro Tag ca. \_\_\_\_\_ Liter  
 Rauchen Sie?  nein  ja Wieviel pro Tag? .....  
 Trinken Sie Alkohol?  nein  ja Wieviel pro Tag? .....

Möchten Sie Angaben machen, die bisher nicht abgefragt wurden? .....

.....