



## Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Familienstand:

Beruf:

Kinder:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Hausarzt/Facharzt:

Grund des Besuches:

Akute Beschwerden

Seit wann haben sie Schmerzen?

Wo schmerzt es? Ausstrahlung?

Wie oft haben sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Bisherige Behandlung?

Wann treten die Schmerzen auf? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

● Tag / Nacht

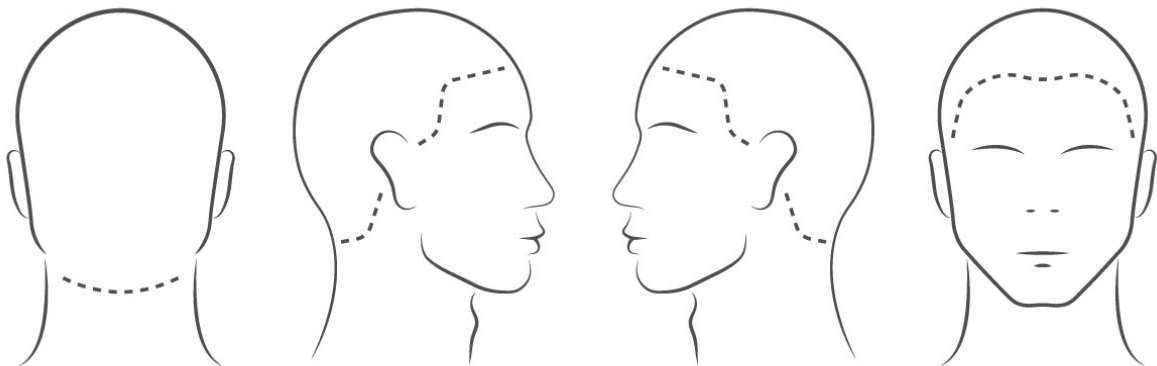
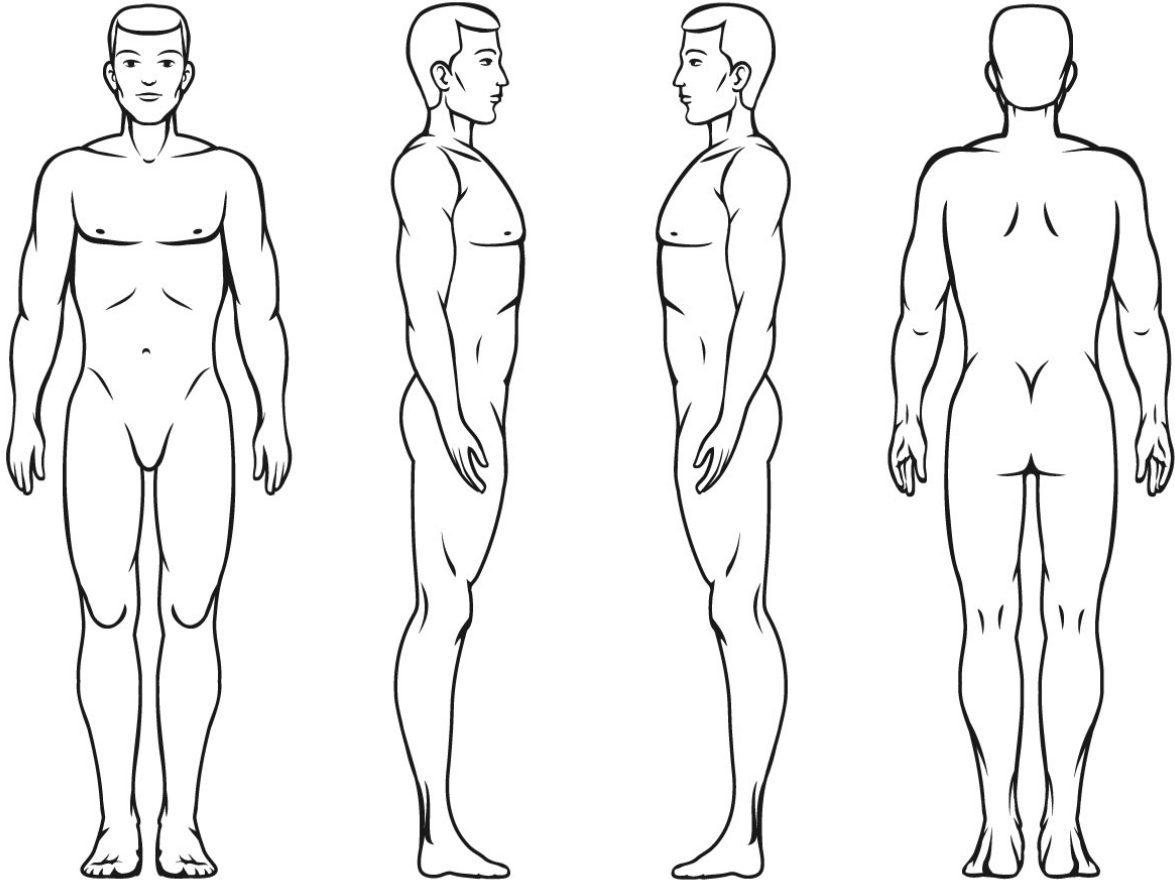
● Ruhe / Belastung

Was verschlimmert die Schmerzen? ( z.B. Stress, Kälte, Wärme, Tageszeit, Husten, usw)

Was lindert die Schmerzen? ( z.B. Ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, usw)

Gibt es Begleiterscheinungen/Begleitsymptome? ( z.B. ziehend, dumpf, krampfartig, stechend, kolikartig, drückend, klopfend)

Bitte kreuzen sie in den Abbildungen an , wo sie Schmerzen haben und tragen mit der Zahl ( von 1-10) dahinter ein, in welcher Intensität (1= leichter Schmerz, 10= sehr starke Schmerzen). Narben mit einem roten Stift kennzeichnen.





## **Atemorgane**

chronischer Husten  
chronische Erkältung

Atemnot  
Kurzatmigkeit

Asthma bronchiale  
Tuberkulose

## **Urogenitalsystem**

Blasenentzündung  
Beckenbodenschwäche  
Nierensteine

Harninkontinenz  
Harnverhalt  
Nierenentzündung

Geschlechtskrankheiten  
Harndrang

## **Gynäkologie**

Menopause  
Brustschmerzen

Unregelmäßige Periode  
Hitzewallungen

Schmerzhafte Periode  
Prämenstruelles Syndrom

## **Haut**

Ekzem/Schuppenflechte  
Blaue Flecken

Neurodermitis  
Allergien

Haarausfall

## **Neurologische/Psychologische Erkrankungen**

Epilepsie  
Konzentrationsstörung  
Nervosität  
Verhaltensstörung

Tremor  
Vergesslichkeit  
Angststörung

Sensibilitätsausfälle  
Traurigkeit/Depression  
Wahrnehmungsstörung

## **Augen**

Kurz-/Weitsichtigkeit  
Makuladegeneration

Grauer Star

Erhöhter Augendruck

## **Ohren**

Tinnitus rechts/links

Schwerhörigkeit rechts/links

## **Zähne**

Zahnersatz  
Zahnentzündung

Wurzelbehandlung

Kiefergelenksprobleme

## **Schlaf**

Schlaflosigkeit  
Nachtschweiß  
Schnarchen

Häufiges Erwachen  
Zähneknirschen

Einschlafstörung  
Sprechen im Schlaf

## **Familienanamnese**

Welche Erkrankungen sind in ihrer Familie bekannt? (z.B. Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depressionen, Neurodermitis)

Mutter:

Vater:

Großeltern:

Geschwister:

Kinder:

## **Ernährung/Lebensstil**

**Werden sie nachts wach? (wenn ja, wann, weshalb)**

Nein

Ja \_\_\_\_\_

**Rauchen sie? (wenn ja, wieviel)**

Nein

Ja \_\_\_\_\_

**Trinken sie Alkohol? (wenn ja, was, wie oft)**

Nein

Ja \_\_\_\_\_

**Haben sie Appetit auf Süßes? (Heißhunger)**

Nein

Ja

**Wie ernähren sie sich? (vegan, vegetarisch, Mischkost)**

**Sportliche Aktivitäten? (welche, wie oft)**

**Wie ist ihr Stuhlgang? (regelmäßig, Konsistenz, wie oft)**

**Nehmen sie regelmäßig Medikamente? (Bezeichnung, ggf. Einnahmenplan)**

**Nehmen sie Nahrungsergänzungsmittel/Naturstoffe/Sonstiges ein? (Bezeichnung, wie oft)**

## **Ergänzungen**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)