

Tatjana Schick

Sachsenteur 22 | 21029 Hamburg | Tel.:040/35585836 | Fax. 040/18198571

Anamnese - Fragebogen

Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruf	_____
PLZ; Ort	_____	Fax	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Familienstand/	_____	Versicherung	_____
Kinder	_____		

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten bitte mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Aktuelle Beschwerden?

nach:

Dauer:

Stärke:

Art und Ort:

Beziehung zu Funktionen:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente u.s.w.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Besonderheiten in der Schwangerschaft / bei Ihrer Geburt:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Asthma, Multiple Sklerose, Allergien, Schlaganfall, Neurodermitis, Migräne, Selbstmord, Geisteskrankheiten, Diabetes, Rheuma, Steinleiden, Gicht.

Gewicht _____ **Größe** _____ **Temperatur** _____

Blutgruppe _____ **Blutdruck** _____ **Puls** _____

Belastungen am Arbeitsplatz/ Wohnort

z.B. Lärm, Staub, Hitze, Chemikalien, Sonstiges _____

Trinken Sie Alkohol? [] Nein; [] Ja.

Rauchen Sie? [] Nein; [] Ja

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Essensunverträglichkeit / Abneigung _____

Was und wie viel Liter trinken Sie pro Tag? _____

Treiben Sie Sport? [] Nein; [] Ja; welchen? _____

Welche Medikamente nehmen Sie z. Zeit ein? (Auch Nahrungsergänzungsmittel und Abführmittel)

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Grüner Star, andere _____

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelt, seit wann _____

Ohren Ohrgeräusche (Tinnitus) seit _____, Schwerhörigkeit seit andere _____

Zähne - Kiefer Amalgamfüllungen sind _____, gehabt _____

Zahnfüllmaterial [] Amalgam, [] Kunststoff, [] Gold, [] Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Polypen, behinderte Nasenatmung

Mandeln Operationen, häufig Mandelentzündung als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation.

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmungen

Rhythmusstörungen, andere
Im Zusammenhang mit _____

Lunge Bronchitis, andere
häufig Husten , Auswurf _____

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Magenspiegelung, wann _____
Operation, Geschwür, andere _____

Darm Infektionen, chron. Darmerkrankung, Operationen, Blähungen
Hämorrhoidenblutungen, andere _____

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4.Tag, Verstopfung, Durchfall, hell-dunkel-pastenförmig-
hart-weich-übel riechend, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden,
Stuhlgang wechselhaft, Blutbeimischungen od. -auflagerungen

Arme / Beine Verletzungen, Operationen; Krampfadern, Kribbeln, kalte Hände / Füße
Schmerzen, Taubheitsgefühl, eingeschränkte Beweglichkeit

Rücken Verspannungen, Schmerzen, Operationen, Bandscheibenvorfall, eingeschränkte
Beweglichkeit

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Juckreiz, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel,
Nagelbettentzündungen, andere _____

Narben Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
[] Nein; [] Ja;

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Zysten, Myome,
andere
Geburten _____ Fehlgeburten _____

Menses Wann war die erste Menses _____ wann die letzte
Beschwerden vor-nach-während der Regel, welche _____
Blutung außerhalb der Regel _____
Klimakterische Beschwerden _____
Menopause mit _____ Jahren

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche _____

Prostata Vergrößert, Operation, Entzündungen gehabt, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere / Blase Nierensteine, Entzündungen, andere _____

Harn viel, wenig, Nachts _____, kann nicht gehalten werden, häufig, Farbe _____

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim
Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße-kalte Füße,

Schlafzeit Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf
übliches zu Bett gehen _____, übliches Aufstehen _____

Welche Impfungen bzw. Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?

z.B. Polio, Tetanus, Hepatitis, FSME (Zäcken), Diphtherie, Tuberkulose, Grippe,
Masern, Mumps, Röteln

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Hautausschläge, andere _____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie Durchgemacht?

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Tetanus, Kinderlähmung
Malaria, Tuberkulose, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber,
Geschlechtskrankheiten _____, andere _____

Gibt es Allergien?

Pollen / wann _____

Nahrungsmittel _____

Andere Allergien _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,: häufig, selten, Stirn-Augen-Hinterkopfreion,
morgens, abends, halbseitig-links-rechts-doppelseitig, im Zusammenhang mit _____

