

Anamnesebogen

Datum:

Nachname		Geburtstag	
Vorname		Telefon privat	
Straße		Telefon Geschäft	
PLZ/Wohnort		Erlernte Berufe	
E-Mail		Hausarzt	
Über wen kommen Sie zu uns:			
Rechnungsempfänger bei Kindern			
Händigkeit		☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder	

Versicherung		
☐ gesetzlich	☐ Beihilfe	
☐ privat:	Zusatzversicherung:	

Größe:	
Gewicht:	

Hauptbeschwerden / Schulmedizin. Diagnose	Intensität 1 =gering 10 = stark	Alter des ersten Auftretens

Aktuelle Medikamente, auch Ergänzungsmittel wie Vitamine & Mineralien, Pflanzen etc.	Dosis	Seit wann

Was war kurz vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?
☐ Erkrankung ☐ Kummer ☐ Trauer ☐ Schreck ☐ Operation ☐ Hautausschläge ☐ Medikamente ☐ Veränderung der Lebensumstände ☐ anderes: _____
Waren Sie in den 6 Monaten vor Auftreten der Beschwerden im Ausland? ☐ nein ☐ ja in diesen Ländern: _____
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? ☐ Krebs ☐ Tuberkulose ☐ Depressionen ☐ Geschlechtskrankheiten ☐ Selbstmord ☐ Epilepsie ☐ Herzkrankheiten ☐ Gefäßkrankheiten ☐ Schlaganfall ☐ Asthma ☐ Diabetes (Zucker) ☐ Rheumatismus ☐ Nierensteine ☐ Gallensteine ☐ Multiple Sklerose ☐ Gicht ☐ Allergien ☐ Schuppenflechte ☐ Neurodermitis ☐ Andere: _____

Welche Impfungen haben Sie bekommen?	
☐ Tuberkulose (BCG) ☐ Polio (Kinderlähmung) ☐ Diphtherie ☐ Tetanus ☐ Haemophilus influenzae (HIB) ☐ Keuchhusten ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Hepatitis ☐ Cholera ☐ Gelbfieber ☐ Pocken ☐ Grippe ☐ FSME (Zecken) ☐ COVID (☐ einfach ☐ mehrfach)	
Welche Reaktionen gab es auf Impfungen?	
☐ keine ☐ Fieber ☐ Krämpfe ☐ Unruhe ☐ Erkältungssymptome ☐ Schlaflosigkeit ☐ Verhaltensveränderungen ☐ andere:	
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?	
☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Windpocken ☐ Scharlach ☐ Tetanus ☐ Kinderlähmung (Polio) ☐ Malaria ☐ Salmonellose ☐ Ruhr ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber ☐ Gonorrhoe (Tripper) ☐ Syphilis ☐ Tropenkrankheiten ☐ Tuberkulose ☐ Corona ☐ andere	
Wurden diese oder andere Erkrankungen schon mal mit Kortison behandelt? ☐ ja ☐ nein	
Wie häufig wurden Antibiotika im Leben eingenommen?	
☐ nie ☐ 1 – 2 mal ☐ 2 – 5 mal ☐ 5 – 10 mal oder mehr	
Zeitpunkt der letzten Antibiotika-Einnahme:	

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ☐ nein ☐ ja	
☐ täglich ☐ mehrfach pro Woche ☐ mehrmals pro Monat ☐ Stirnregion ☐ Augenregion ☐ Schläfenregion ☐ Hinterkopf ☐ morgens ☐ abends ☐ halbseitig ☐ links ☐ rechts ☐ beidseitig Möglicher Auslöser: Das bessert: _____ Das verschlechtert: _____	
Haare	
☐ Haarausfall ☐ kreisrunder Haarausfall ☐ Schuppen	Seit: _____
Augen	
☐ Bindehautentzündung ☐ Grauer Star ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig ☐ Makuladegeneration ☐ anderes _____	
Ohren	
☐ Mittelohrentzündung ☐ Schwerhörigkeit ☐ Schmerzen ☐ Geräusche	☐ rechts ☐ links

Zähne / Kiefer

Zahnsperre	☐ aktuell ☐ in der Vergangenheit ☐ feste ☐ lose
Retainer (Draht)	☐ aktuell ☐ in der Vergangenheit
Fluoridbehandlung	☐ nein ☐ ja
Beschwerden bei Zahnung	☐ nein ☐ ja
Weisheitszähne	☐ gezogen ☐ in der Vergangenheit
Wurzelbehandelte Zähne	☐ keine ☐ ja Anzahl: _____ Welche Zähne: _____
Zahnfleischbluten	☐ nein ☐ ja
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	☐ nein ☐ ja Welche Zähne: _____
Amalgamfüllungen	☐ nie gehabt ☐ wurden entfernt ☐ noch vorhanden, Anzahl: _____
Falls Amalgamfüllungen bestanden/bestehen. Wurde Amalgam jemals ausgeleitet:	☐ nein ☐ ja, womit: _____
Zahnfüllungen aktuell:	☐ Amalgam ☐ Gold ☐ Kunststoff ☐ Keramik ☐ Implantate

Atmung / Herz /Uro

Nase	☐ Operationen ☐ Heuschnupfen = allergisch auf:
Mandeln	☐ Operation ☐ Häufig Mandelentzündung (☐ als Kind ☐ heute) ☐ Halsschmerzen ☐ Mundgeruch
Schilddrüse	☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Vergrößerung ☐ Operation ☐ Hashimoto ☐ Morbus Basedow
Herz	☐ Beschwerden ☐ Stechen ☐ Druckgefühl ☐ Beklemmung ☐ Rhythmusstörungen ☐ Bypass
Blutdruck	Wann zuletzt gemessen? Wert:
Lunge	☐ Bronchitis aktuell ☐ Bronchitis in Vergangenheit häufig gehabt ☐ Husten ☐ Auswurf ☐ Lungenentzündung
Niere/Blase	☐ Nierensteine ☐ Häufige Entzündungen ☐ Stechen im mittleren Rücken (☐ links ☐ rechts)
Harn	☐ viel ☐ wenig ☐ kann nicht halten ☐ schaumig ☐ Geruch nach:

Verdauung:

Leber	☐ Entzündung (Hepatitis) ☐ Alkohol wird schlechter vertragen als früher
Galle	☐ Steine ☐ Koliken ☐ Operativ entfernt ☐ Druck im Oberbauch ☐ Fettunverträglichkeit
Magen	☐ Völlegefühl ☐ Gastritis ☐ Appetitlosigkeit ☐ Sodbrennen ☐ Nahrungsmittelallergien gegen:
Darm	☐ Juckreiz am After ☐ Infektionen ☐ Pilze ☐ Hämorrhoiden ☐ Blinddarm-OP Blähungen ☐ nein ☐ ja (☐ geruchlos ☐ riechen übel/faulig/schwefelig)
Stuhlgang	☐ täglich ☐ unregelmäßig ☐ jeden 2./3./4. Tag ☐ Neigung zu Verstopfung ☐ Neigung zu Durchfall
Stuhlfarbe &- konsistenz	☐ hell ☐ dunkel ☐ übelriechend ☐ Voluminös/viel ☐ hart ☐ knollig ☐ weich ☐ schmierig ☐ klebt an der Toilettenschüssel ☐ Schwimmt ☐ hat „Fettaugen“ ☐ Gefühl nicht fertig zu werden ☐ Brauche viel Papier ☐ Brauche häufig die Toilettenbürste

Ernährung

Verlangen nach	☐ süß ☐ sauer ☐ pikant ☐ salzig ☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Obst ☐ Nikotin ☐ Alkohol
Abneigung gegen	☐ süß ☐ sauer ☐ pikant ☐ salzig ☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Obst ☐ Nikotin ☐ Alkohol
Unverträglichkeiten/ Allergien	☐ nein ☐ ja gegen:
Bestimmte Ernährungsrichtlinien	☐ nein ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere:
Fertigwürzen wie Maggi/Maggifix etc.	☐ nutze ich nicht ☐ ja
Trinken	Ich trinke hauptsächlich: Wie viel Liter Wasser/Tee pro Tag: Anzahl Kaffeetassen pro Tag:
Alkohol	Wie häufig: Was:
Rauchen	☐ nein ☐ ja Anzahl der Zigaretten pro Tag:

Arme, Beine, Rücken, Haut

Arme	☐ Verletzungen ☐ Schmerzen ☐ Tennisellenbogen ☐ Kribbeln ☐ kalte Hände
Beine	☐ Verletzungen ☐ Schmerzen ☐ Krampfadern ☐ Operationen ☐ kalte Füße ☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühl ☐ Offene Wunden
Rücken	☐ Verspannungen ☐ Verletzungen ☐ Rheuma ☐ Hexenschuss ☐ Ischias ☐ Skoliose ☐ Schmerzen: ☐ Halswirbelsäule ☐ Brustwirbelsäule ☐ unterer Rücken
Haut & Nägel	☐ Geschwüre ☐ Hautjucken ☐ Warzen ☐ Pilze ☐ Nagelbettentzündungen ☐ Ekzeme ☐ Hautallergien auf Kosmetika oder anderes:
Knochenbrüche	☐ nein ☐ ja: Welche & Wann

Frauen:

Gynäkologisch	☐ Eierstockentzündungen ☐ Ausschabungen ☐ Fehlgeburten ☐ Abtreibung ☐ Tumore ☐ Zysten ☐ Myome ☐ Pilze ☐ Sterilisation ☐ Geschlechtskrankheiten ☐ andere Erkrankungen des Intimbereichs:
Geburten	☐ keine ☐ ja, Anzahl mit Jahreszahl angeben:
Ausfluss	☐ nein ☐ ja: ☐ stark ☐ weiß ☐ gelb ☐ wundmachend ☐ färbt die Wäsche
Schmerzen im Intimbereich	☐ nein ☐ ja
Periode	Wann war die erste? Wann war die letzte?
Blutungen sind	☐ hell ☐ dunkel ☐ klumpig ☐ braun ☐ stark ☐ schwach ☐ "normal" ☐ dauern lange
Zykluslänge in Tagen	
Beschwerden im Zyklus	☐ vor der Periode ☐ während der Periode ☐ nach der Periode Welche Beschwerden:
Zwischenblutungen	☐ nein ☐ ja
Verhütungsmittel	☐ nein ☐ ja ☐ Pille, Seit: Präparatname: ☐ Hormonspirale ☐ Hormonpflaster ☐ Kupferspirale. Seit: ☐ Kondom ☐ Diaphragma ☐ anderes:
Wechseljahrsbeschwerden	☐ nein ☐ ja welche:
Brustdrüse	☐ Beschwerden ☐ OP ☐ Knoten ☐ Zysten
Wann war der letzte Frauenarzttermin?	

Männer

Prostata	☐ vergrößert ☐ Entzündungen (☐ aktuell ☐ gehabt) ☐ Beschwerden beim Wasserlassen ☐ Tumore Wann war der letzte Krebsvorsorgetermin?
	☐ Sterilisation
Erektionsprobleme	☐ nein ☐ ja

Allgemeines

Wie war die eigene Geburt	☐ Natürliche Geburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Zangengeburt ☐ Saugglocke ☐ Kristellern ☐ Nabelschnur um den Hals
Geschwisterreihenfolge mit Geburtsdatum: Zählen Sie sich selbst bitte mit auf	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
Wo gibt es Narben? (Auch kleine) Mit Entstehungsalter	
Unfälle mit Alter	
Schlaf	☐ Schlaflosigkeit ☐ Nächtliches Erwachen (Uhrzeit: _____) ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen ☐ Sprechen im Schlaf ☐ Unruhe in den Beinen ☐ Nachtschweiß ☐ heiße Füße ☐ Zähneknirschen/-beißen
Träume sind	☐ schrecklich ☐ schön ☐ gegen Morgen ☐ nachdenklich ☐ realitätsnah
Haustiere	☐ nein ☐ ja. Welche? Werden regelmäßig entwurmt? ☐ nein ☐ ja
Sportarten eintragen. Wie häufig?	
Fitnesszustand aktuell	1 = sehr schlecht 10=sehr gut
Aktuelle seelische Verfassung	1 = sehr schlecht 10=sehr gut
Verwenden Sie DECT (Schnurlos)-Telefone	☐ nein ☐ ja
Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?	☐ nein ☐ ja
Sind Sie momentan noch in anderer Therapie?	☐ nein ☐ ja welche:
Welche Therapien wurden schon ausprobiert?	
Welche Therapien haben eine, auch kurzzeitige, Verbesserung gebracht?	

Machen Sie eine **Chronologie der Krankengeschichte** (notfalls Rückseite benutzen) und erfassen Sie darin alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

[illegible]

Zutreffendes bitte ankreuzen:

		Ja
1	Zeckenbiss (Schildzecke, Hundezecke)	J
2	Hautrötung am Ort des Bisses	J
3	Hautrötung an anderen Stellen	J
4	Muskelschmerzen	J
5	Schwellung an den Zehen, am Fußballen	J
6	Schmerzen am Fußknöchel	J
7	Brennen in den Füßen	J
8	Shin Splints (Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur)	J
9	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren	J
10	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Zunahme oder Verlust)	J
11	Erschöpfung, Müdigkeit	J
12	Nicht erklärlicher Haarausfall	J
13	Geschwollene Lymphknoten	J
14	Halsschmerzen	J
15	Schmerzen in den Hoden / Leisten	J
16	Nicht erklärliche Unregelmäßigkeit der Menstruation	J
17	Nicht erklärliche Milchproduktion (Lactation)	J
18	Empfindliche Blase oder Blasenfunktionsstörung	J
19	Sexuelle Funktionsstörung oder Libidoverlust	J
20	Magenbeschwerden	J
21	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfung, Durchfall)	J
22	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen	J
23	Kurzatmigkeit, Husten	J
24	Herzklopfen, Herzstolpern	J
25	Gelenkschmerzen oder -schwellung	J
26	Steifheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens	J
27	Muskelkrämpfe	J
28	Zucken der Gesichtsmuskulatur oder anderer Muskeln	J
29	Kopfschmerz	J
30	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit	J
31	Kribbeln, Taubheit, Brennen oder Stiche	J
32	Gesichtslähmung (Bell's Palsy)	J
33	Augen/Sehvermögen: Doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen, verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)	J
34	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenschmerzen	J
35	Schwindel, Gleichgewichtsstörung, verstärkte Reisekrankheit	J
36	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen	J
37	Zittern	J
38	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken	J
39	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen	J
40	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis	J
41	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten	J
42	Schwierigkeiten beim Sprechen	J
43	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen	J
44	Gestörter Schlaf: zu viel, zu wenig, frühes Erwachen	J
45	Alkohol wird schlechter vertragen als früher	J
46	Herzgeräusche, Klappen-Prolaps in der Vergangenheit?	J

Checkliste: Dieses Dinge bitte zum Ersttermin mitbringen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Aktuelle Medikamente | ☐ Kiefer-Panoramaaufnahme vom Zahnarzt |
| ☐ Aktuelle Nahrungsergänzungsmittel | ☐ Laborwerte |
| ☐ Impfpass | ☐ Anamnesebogen |