

Anamnese Fragebogen

Name: Geburtstag:

Vorname: Tel. privat:

Straße: Tel. gesch.:

PLZ - Ort: Fax:

Hausarzt: E-Mail:

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe
 Private Zusatzversicherung

Beruf/ Schulklasse:

Bei Kindern: Name der Eltern:

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit. Wichtig !!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist z.B. `94).

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die drei Hauptbeschwerden)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

Bitte bringen Sie Medikamente , sowie, falls vorhanden, eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit Rheumatismus, Nierensteine Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie?

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber Pocken Grippe Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken Scharlach Tetanus, Kinderlähmung (Polio)

Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeifferisches Drüsenfieber Tropenkrankheiten, Tuberkulose,

Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes usw.

Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt?

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika I Kortison behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

KOPF

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja,

wie häufig? Seiten, Stirn-Augen-Schlafen Hinterhauptregion

morgens, abends

halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig Makula-Degeneration,

Lasertherapie usw.

Ohren: links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung Schwerhörigkeit Schmerzen, Geräusche

Zähne Kiefer: - Zutreffendes bitte ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung Ja

Weisheitszähne gezogen Ja

Gibt es wurzelbehandelte Zähne Ja

Zahnfleischblutung Ja

Gibt es tote Zähne Ja

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt Ja

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja

Womit wurde ausgeleitet?

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Nase: Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

BRUST I BAUCH:

Brustdrüse: Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass

Blutdruck:

Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: _.

Lunge: Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung

Leber: Entzündung - Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Galle: Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch,

Stuhlgang:

Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, weich, schmierig,; Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., brauche viel Papier/ Toilettenbürste

Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen - häufig stechen im Rücken - rechts/links, Reizblase

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach

ARME / BEINE/ RÜCKEN / HAUT

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

Haut I Nägel: Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme

Hautallergien auf (Creme etc.):

Frauen

Gynäkologie: Ausfluss - keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten - Jahreszahl:
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten usw.

Menses: Wann war die erste Menses: wann die letzte:

Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun:

Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange:

Abstand der Regelblutungen

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche:

Zwischenblutungen:

Klimakterische Beschwerden:

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: seit wann?

Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

Männer

Prostata: vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen

Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?

ALLGEMEINES

Wo haben Sie Narben? (Auch kleine eintragen) Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: _ Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten: wie häufig?

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol

Abneigung gegen süß, sauer, pikant; salzig, Fleisch, Alkohol

Allergien auf

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch usw.)

Nein /falls ja, welche?

Rauchen: ja /nein wie viele

Alkohol: wie häufig? was

Trinken: Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? Liter

Haustiere: Haben oder hatten Sie Haustiere?

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT Telefone?

Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?

Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht)

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10)

Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)

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

Leverkusen, den.....

