



Anamnesebogen

Vor- und Nachname: _____ Geb.datum: _____

Straße, Hausnr., PLZ, Ort _____

Erlerner Beruf und ausgeübter Beruf, berufliche Belastung

Familienstand (Zufriedenheit 1-10), Anzahl der Kinder, Haustiere (Zeckenbisse?)

Wohnsituation, Hobbies, Sport (Zufriedenheit 1-10)

Aktuelles Anliegen: Warum sind Sie hier? Seit wann bestehen die Beschwerden? Was wurde ärztlich untersucht/ festgestellt?

Vergangene Erkrankungen/ OPs: chronologisch mit Jahresangabe

Angeborene Erkrankungen oder Fehlstellungen?

Welche **Kinderkrankheiten** hatten Sie?

Impfungen (bitte Impfausweis mitbringen)

Gibt es **Stoffwechselerkrankungen**, wie Gicht, Diabetes, erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck etc?

Unfälle und/oder Brüche, vorhandene Narben? Wenn ja, wann und wo?



Beschwerden im Bereich (BESCHREIBEN SIE SO GENAU, WIE MÖGLICH)

Kopf/Gesicht (Schmerzen, Gleichgewichtsstörung, Sinnesorgane, wie Augen, Ohr):

Schilddrüse: _____

Magen-Darm-System (Speiseröhre, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen, Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Dünn-&Dickdarm):

Herz, Lungen (Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Husten, Auswurf..):

Nieren und harnableitende Systeme: _____

Milz: _____

Gebärmutter/Eierstöcke, Prostata: _____

Bewegungsapparat: _____

Zahnstatus (Entzündungen, Zahnersatz, Operationen, Implantate, Füllungen, Beißschiene etc. mit Jahresangabe, in aktueller Behandlung?)

Familienanamnese: Krankheiten in der eigenen Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, eigene Kinder)

verordnete Medikamente (Mittel, **wofür**, von wem verordnet)

nichtverordnete Medikamente (Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate, freiverkäufliche Arzneimittel, Sonstiges)

Allgemeine Schmerzskala 1-10: _____

Psychisches Wohlbefinden 1-10: _____

Allergien (Gräser, Pollen, Nahrungsmittel, Medikamente)/ Unverträglichkeiten

Auslandsaufenthalte? Besonders in den letzten 6 Monaten



Welche **ernährungsspezifischen** Abneigungen/ Heißhunger gibt es? Bevorzugte **Getränke**, Trinkmenge täglich? Vegetarier/ Veganer? Sodbrennen, Völlegefühl nach Nahrungsaufnahme? **Schmerzen** in Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme? Gewichtsschwankungen gewollt/ ungewollt? Übelkeit/ Erbrechen?

Trinken Sie **Kaffee, Alkohol, rauchen** Sie? Wieviel, wie oft?

Suchtanamnese (Alkohol, Drogen, Medikamente, Rauchen, Spielsucht, Sammelsucht, Workoholic, Internet, etc.):

Stuhlverhalten (täglich, geformt, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz, Fettauflagerungen)

Urinieren/ Miktion (Farbe, Menge, Beschwerden beim Wasserlassen, nächtlich vermehrt)

Schlaf (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, zeitiges Früherwachen, Schnarchen, starke Träume, bestimmte Schlafstellung, Schweißbildung)

Krebsvorsorge (Wann, Welche)

Gynokolgische Anamnese:

Menses (regelmäßig, schwach, stark, keine, Menopause)

Schwangerschaften (Anzahl, Verlauf, Abbrüche)

Geburten (spontane Geburt, Kaiserschnitt, Geburtsverletzungen, Geburtstrauma)

Letzte Vorsorge: _____

Verhütung (Pille, Spirale, etc.): _____

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: _____

Bitte bringen Sie vorhandene ärztliche Unterlagen (auch CD´s) zum ersten Termin mit.