



# Anamnese-Fragebogen

Albena Moeller, Ritter Wulf-Platz 3, 2.OG, 21493 Schwarzenbek

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Job	_____
PLZ/Ort	_____	Fax	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Empfehlung durch	_____	Familienstand/ Kinder	_____

Versicherung  gesetzlich (AOK, DAK usw.)  Beihilfe/Post  Privatversicherung  
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen.

## Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**  
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

## Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister:

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

## Haben Sie Allergien?

Pollen/wann? .....

Lebensmittel .....

sonstige .....

## Kopf

<b>Kopfschmerzen</b>	häufig, selten,
<b>Haare</b>	Haarausfall, seit wann.....
<b>Augen</b>	Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star
<b>Ohren</b>	links / rechts Tinnitus seit....., Schwerhörigkeit seit.....
<b>Zähne/Kiefer</b>	Spannung, Zähneknirschen, fehlende Zähne
<b>Nase</b>	Operation, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung
<b>Mandeln</b>	Operation, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute
<b>Schilddrüse</b>	Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

## Brust und Bauch

<b>Herz</b>	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Hypertonie,
<b>Lunge</b>	Bronchitis, häufig Husten, Asthma
<b>Leber</b>	Entzündung, Hepatitis, Fettleber
<b>Galle</b>	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
<b>Magen-Darm</b>	Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
<b>Stuhlgang</b>	täglich, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz.....

## Rücken – Arme – Beine – Haut

<b>Arme, Schulter</b>	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Verspannungen, Operationen
<b>Beine, Hüfte</b>	Verletzungen, Schmerzen, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
<b>Rücken</b>	Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma, Skoliose
<b>Haut/Nägel</b>	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
<b>Narben</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / wo .....

## Unterleib – Gynäkologie

<b>Gynäkologie</b>	Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten
<b>Prostata</b>	vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen
<b>Niere/Blase</b>	Nierensteine, Entzündungen – häufig
<b>Harn</b>	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

## Allgemeines

**Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?**

.....  
.....

**Treiben Sie Sport?**     ja / Sportart.....  
                                   nein

**Körpergewicht** ..... **Körpergröße** .....

**Schlaf**                    Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

**Schlafzeit**            von ..... bis .....

## Ernährung

**Verlangen**            nach süß, pikant, salzig,

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

Falls ja, welche? .....

**Trinken**            Wie viel trinken Sie pro Tag? ..... Liter  
Was trinken Sie? .....

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** Bitte Beipackzettel mitbringen.  
Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

## Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.