

Anamnesebogen

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen wollen. Damit wir Sie optimal betreuen können und den Ursachen der Beschwerden so nahe wie möglich kommen können, möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Vielen Dank.

Stammdaten

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort
Krankenversicherung	Hausarzt
Festnetz	Mobil
E-Mail	Beruf

Gesundheitsfragen

Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? →

Wann haben die Beschwerden zum ersten Mal angefangen?

Wie ist der bisherige Verlauf? (zunehmend, diffus...)

Welche Diagnostik haben Sie bereits? (MRT, Rö...)

Welche Therapien haben Sie bereits gehabt?

Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen einordnen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was glauben Sie, welche **Ursachen** Ihre Beschwerden haben könnte (nicht das, was man Ihnen gesagt hat!).

Grunderkrankungen

Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?

Bitte alle Beschwerden, wenn es geht, chronologisch aufzählen.

Erkrankung	Wann	Therapie
Bsp: Blinddarmentzündung	1984	Akute OP – offener Schnitt

Medikamenten- und Nahrungsergänzungsmittelaufnahme

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Seit wann?	Bemerkung

Unfälle - Trauma - Kopprellungen - aufs Steiß gefallen...

Was Wann Wie therapiert

Geburt und Entwicklung

Gab es bei Ihrer Geburt Komplikationen?

Sonstige Auffälligkeiten in der Kindheit?

Bei Frauen: Haben Sie Kinder geboren?

Wenn ja, wann und wie waren die Geburten verlaufen

Sonstiges

Was sind Ihre Erwartungen an unsere Behandlung?

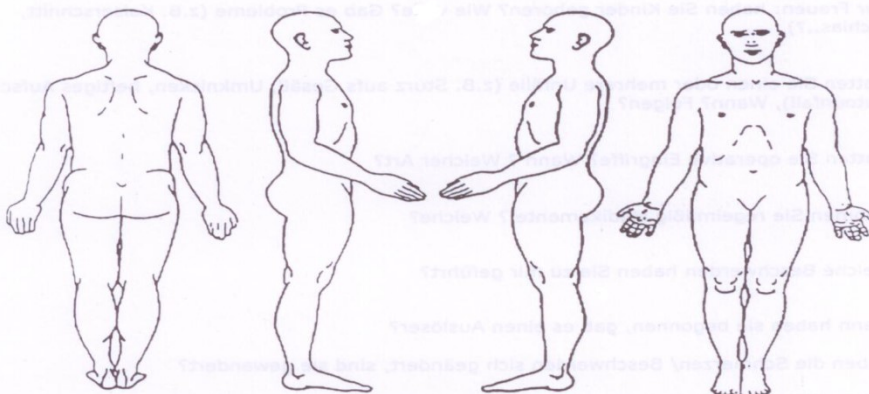
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Weitergehende spezifische unanimedizinische Fragen. Welche Aussage passt zu Ihnen?

Bitte pro Zeile nur eine Antwort ankreuzen

Mir ist häufig	<input type="radio"/>	Warm	<input type="radio"/>	Kalt
Ich mag das Wetter	<input type="radio"/>	Frisch	<input type="radio"/>	Warm
Hohe Temperaturen vertrage ich	<input type="radio"/>	Nicht	<input type="radio"/>	Gut
Schwüles Wetter finde ich	<input type="radio"/>	Nicht gut	<input type="radio"/>	Sehr gut
Ich trinke gerne	<input type="radio"/>	Kaltes	<input type="radio"/>	Warmes
Meine Fingernägel wachsen	<input type="radio"/>	Schnell	<input type="radio"/>	Langsam
Meine Haare wachsen	<input type="radio"/>	schnell	<input type="radio"/>	Langsam
Ich arbeite	<input type="radio"/>	Schnell	<input type="radio"/>	Langsam
Ich treffe meine Entscheidungen	<input type="radio"/>	Schnell	<input type="radio"/>	Langsam
Ich schwitze	<input type="radio"/>	Schnell	<input type="radio"/>	Langsam
Meine Verdauung ist	<input type="radio"/>	Regelmäßig	<input type="radio"/>	Unregelmäßig
Wütend werde ich	<input type="radio"/>	Schnell	<input type="radio"/>	langsam

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.



Kennen Sie schon un:

