



Persönliche Angaben

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Versicherung:

Gesetzlich

Privat

Zusatzversicherung

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam:

Internet

Empfehlung

Sonstiges:

Einleitung

Lieber Patient,
bitte nehmen Sie sich genug Zeit um den folgenden Fragebogen durchzuarbeiten.
Dieser ergänzt das Anamnesegespräch und ist die Grundlage für Ihre individuelle Therapie.
Sie können gerne ergänzende Informationen zu Krankheitsverlauf und Beschwerden hinzufügen.
Nicht nur aktuelle Beschwerden, sondern auch schon früher aufgetretene Krankheiten und Störungen sind von Bedeutung. Auch wenn es für Sie unwichtig erscheint, bitte erwähnen Sie es.

Medizinische Vorgeschichte

Aktuelle Befunde/Beschwerden:

Hauptbeschwerden:

Weitere Beschwerden:

Was wurde bisher unternommen?

Was verbessert oder verschlimmert die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser (z. B. Ereignis, Unfall)?

Chronische Erkrankungen:

Diabetes Bluthochdruck Sonstiges:

Aktuelle Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel:

Frühere Operationen:

Sind Sie Bluter: Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Herzschrittmacher eingesetzt? Ja Nein

Sind oder waren Sie in psychologischer Behandlung oder Therapie? Ja Nein

Frühere Erkrankungen? Zeckenbisse? Virusinfektionen?

Kinderkrankheiten?

Unfälle?

Allergien, Unverträglichkeiten oder Allergien auf Medikamente?



Familien-/Sozialanamnese

Beruf: Zufriedenheit: Ja Nein

Würden Sie gerne eine andere Tätigkeit ausüben? Ja Nein

Sind Sie im Beruf besonderen Schadstoffen ausgesetzt? Ja Nein

Gibt es Probleme mit den Kollegen? Ja Nein

Führen Sie eine harmonische Beziehung oder gibt es Spannungen?

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Gibt es Probleme mit den Kindern? Ja Nein

Gibt es Spannungen innerhalb der Familie? Ja Nein

Welche Erkrankungen gibt es innerhalb der Familie?

Pflegen Sie soziale Kontakte mit Freunden oder im Verein?

Aktiv Eingeschränkt Kaum

Wie würden Sie Ihre Persönlichkeit beschreiben?

Sind Sie eher ein Perfektionist oder ein Freigeist?

Perfektionist Freigeist

Hatten Sie ein traumatisches Erlebnis? Ängste?



Vegetativ-Anamnese

Größe: cm Gewicht: kg

Haben Sie aktuell auffallend an Gewicht verloren oder zugenommen? Ja Nein

Wie viel trinken Sie am Tag?

Trinken Sie Alkohol? Nein Gelegentlich Regelmäßig Menge:

Rauchen Sie? Nein Gelegenheitsraucher Raucher

Schwitzen Sie viel (v.a nachts)? Ja Nein

Stuhlgang: Beschaffenheit: Häufigkeit pro Tag:

Verdauungsbeschwerden? Ja Nein

Schlafprobleme? Ja Nein Schlaf erholsam? Ja Nein

Heißhunger/Naschen? Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten essen Sie täglich?

Haben Sie auffallend viel Durst? Ja Nein

Haben Sie öfter erhöhte Temperatur oder Fieber? Ja Nein

Fühlen Sie sich gestresst, überfordert oder ausgelaugt? Ja Nein

Wie hoch - prozentual gesehen - würden Sie Ihre Leistungskapazität einordnen? %



Gynäkologische Anamnese (nur für Frauen)

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? Ja Nein

Zykluslänge (z.B 28 Tage)?

Beschreiben Sie die Blutung (Dauer, Menge, Beschwerden)?

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

Hatten Sie Früh-/Fehlgeburten oder Abtreibungen? Ja Nein

Kaiserschnitt? Ja Nein

Gab es Probleme in der Schwangerschaft, während der Geburt oder in der Stillzeit?

Ja Nein

Gynäkologische Operationen? Ja Nein

Unerfüllter Kinderwunsch? Ja Nein

Leiden sie unter Wechseljahresbeschwerden?

Ja Nein Welche:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wann war ungefähr die letzte Blutung?

Ausfluss? Ja Nein

Stärke? Farbe? wundmachend? Ja Nein

Häufig Blasenentzündung? Ja Nein

Leiden Sie unter Brustbeschwerden? Ja Nein

Leiden Sie unter Wassereinlagerungen? Ja Nein