



Anamnesebogen

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

beruflich: _____

mobil: _____

Email: _____

private Krankenversicherung / Zusatzversicherung:

Eigenanamnese:

Aktuelle Beschwerden:

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie machen sie sich bemerkbar? Welche Beeinträchtigungen bestehen?

Wie stark sind die Beschwerden? (Skala von 1-10, 1=schwach, 10=sehr stark)

Wo genau sind die Beschwerden? Gibt es Ausstrahlungen? Wohin?

Was verbessert die Beschwerden? Was verschlimmert sie?

Sind weitere Personen von der Erkrankung betroffen?

Bestehen zusätzliche Begleitsymptome, z. B. Fieber?

Krankheitsanamnese

Welche frühere oder chronische Erkrankungen haben Sie? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes m. usw.)

Hatten Sie Unfälle und/oder Verletzungen?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z. B. Pflaster, Medikamente, Desinfektionsmittel, Tierhaare, Hausstaub, usw.)

Welche Vorsorgeuntersuchungen haben Sie durchgeführt und wenn ja, wann?

Welche Impfungen haben Sie und wann war die letzte Impfung?

Hatten Sie Operationen, Krankenhausaufenthalte oder Reha-maßnahmen, wenn ja, wann?

Welche Therapien haben Sie bereits durchgeführt?

Medikamentenanamnese:

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie? Warum? Wie lange?
Wie oft und in welcher Dosierung?

Gibt es Medikamente oder Wirkstoffe gegen die Sie allergisch sind oder gegen die Sie eine Unverträglichkeit haben? Wenn ja, welche?

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie chronische Erkrankungen oder Krankheiten mit familiärer Häufung, wenn ja, welche?

Was waren die Todesursachen bei verstorbenen Familienmitgliedern?

Vegetative Anamnese:

Besteht eine ungewollte Gewichtsabnahme (mehr als 10 % innerhalb von 6 Monaten)?

Wie ist Ihr jetziges Gewicht und Ihre jetzige Größe?

Gab es Gewichtszu- oder -abnahmen?

Haben Sie Fieber oder erhöhte Temperatur? Wie ist der Fieberverlauf (Wann höher, wann niedriger)

Hat sich Ihr Appetit verändert?

Schwitzen Sie nachts vermehrt ohne ersichtlichen Grund?

Stellen Sie in letzter Zeit eine Leistungsminderung, einen Energieverlust oder eine Schwäche fest?

Sind Sie infekтанfällig? Sind Sie oft krank (Mehr als 1-2 mal Jahr)?

Haben Sie Kopfschmerzen, Schwindel oder leichte Ohnmachtsanfälle?

Besteht ein Tinnitus oder Hörprobleme?

Haben Sie Sehstörungen, Geschmacks- oder Geruchsprobleme?

Stellen Sie manchmal ein „Herzstolpern“ oder Herzrasen fest?

Haben Sie Husten? Wenn ja, wie lange schon, wie oft im Jahr, wie sieht der Auswurf aus? Wie viel Auswurf haben sie vor allem morgens?

Haben Sie Atembeschwerden? Sind Sie schnell atemlos? Wie stark sind die Beschwerden und wann genau treten sie auf?

Haben Sie Schluckbeschwerden oder Halsschmerzen?

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten – wie ist das Verhältnis von tierischen und pflanzlichen Anteilen? Wieviel trinken Sie am Tag und was?

Haben Sie eine besondere Abneigung gegen Fett oder Fleisch? (Körperliche Abneigung)

Bestehen Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Blähungen, Schluckbeschwerden?

Wie ist das Stuhlverhalten? Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? Bestehen Durchfall oder Verstopfung? Ist sichtbares Blut im Stuhl? Gibt es sonstige Auffälligkeiten?

Haben Sie auffallend viel oder wenig Durst?

Müssen Sie Nachts oft zur Toilette um Wasser zu lassen? Besteht eine Inkontinenz? Welche Farbe hat der Urin? Ist Blut im Urin?

Haben Sie Beschwerden Ihre Monatsblutung betreffend? Schmerzen, Regelmäßigkeit, Stärke

Beschwerden bezüglich der Geschlechtsorgane? Juckreiz, Rötung usw.

Waren Sie schwanger, wenn ja, wie oft? Wie verlief die jeweilige Schwangerschaft – gab es Probleme? Haben Sie ein Baby verloren? Wie verlief die jeweilige Geburt?

Haben Sie häufig wechselnde Geschlechtspartner? Wie verhüten Sie?

Haben Sie Rückenschmerzen? Bestehen Gelenkbeschwerden, Muskelprobleme oder Ödeme?

Haben Sie Missempfindungen, wie Kribbeln, Taubheitsgefühle, Ameisenlaufen? Bestehen Sensibilitätsstörungen, Lähmungen oder epileptische Anfälle?

Neigt Ihre Haut dazu, allergische Reaktionen zu zeigen? Juckreiz, Rötungen

Haben Sie einen Hautausschlag?

Wieviel Schlaf benötigen Sie?

Haben Sie Einschlaf-, Durchschlaf- oder überhaupt Schlafprobleme? Wachen Sie sehr früh auf?

Sozialanamnese

Was machen Sie beruflich?

Haben Sie Stress im Beruf? Sonstige Belastungen am Arbeitsplatz?

Kommen Sie im Beruf mit Schadstoffen in Berührung (oder im privaten Bereich)

Haben Sie eine einseitige Arbeit? Macht Ihnen Ihre Arbeit Spaß? Sind Sie arbeitslos?

Arbeiten Sie in Gemeinschaftseinrichtungen, im Lebensmittelgewerbe oder in einem medizinischen Beruf?

Sind Sie in einer Beziehung, welcher Art? Haben Sie Kinder? Haben Sie familiäre Sorgen?

Welche Hobbies haben Sie? Welche sonstigen Interessen?

Treiben Sie Sport? Welche Art und wie oft? Welche sonstige Bewegung führen Sie durch?

Haben Sie Kontakte zu Tieren? Zu welchen?

Waren Sie im Ausland? Wenn ja, wann und wo?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wie viel und welchen Alkohol?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Nehmen Sie sonstige Drogen?

Haben Sie Konzentrations- und/oder Gedächtnisstörungen?

Wissen Sie manchmal nicht mehr genau, wo Sie sind oder welcher Tag oder welcher Monat ist?

Wie ist Ihre momentane Stimmung? Sind Sie niedergeschlagen oder mutlos? Haben Sie Ängste oder Kummer und Sorgen?

Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen?

Datum: _____

Unterschrift: _____