

Anamnese

Patientendaten

Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum
Strasse	Wohnort	Nationalität
E-Mail-Adresse	Telefonnummer	Beruf

Krankenversicherung (gesetzlich/zusatz/privat)
--

aktuelle Beschwerden/Behandlungswunsch

seit	
seit	
seit	

Gab es ein Ereignis unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. Erkrankung, Infekt, Zeckenbiss, Katzenbiss, Schreck, Trauer, Kummer etc

--

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

--

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie momentan ein?

Welche Impfungen haben Sie in den letzte Jahren bekommen?

Wann:		Wann:	
Wann:		Wann:	
Wann:		Wann:	

Gab es Reaktionen nach den Impfungen?

--

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z.B. Mumps, Masern, Windpocken, Röteln, Scharlach, Streptokokken, Staphylokokken, Pfeifer'sches Drüsenfieber etc.

--

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erk., neuro-degenerative Erk., Allergien, Asthma, Schilddrüsenerk., Autoimmunerk., etc.

--

Allgemeines:

Gewicht:	Zu- oder Abnahme in den letzten 10 Jahren	gewollt/ungewollt
Größe:	Rauchen Sie aktuell? Wieviel?	Haben Sie geraucht? Bis wann?
Blutdruck	Puls	Blutgruppe
Trinken Sie Alkohol?	Wieviel?	Andere Suchtmittel?
Trinken Sie Energiedrinks?	Benutzen Sie Mundwasser?	

Vorerkrankungen:

Unfälle/Operationen:

Allergien

--

Unverträglichkeiten

--

Allgemeinbefinden:

mangelnde Konzentration	schnelle Erschöpfung	verstärkt reizbar
mangelnde Belastbarkeit	mangelnde Leistungsfähigkeit	Haarausfall
schnelles Frieren	Kalte Hände/Füße	schnelles Schwitzen

Vegetativ

Appetit					
Durst		Wieviel trinken Sie? Was trinken Sie?			
Nachtschweiß	Hitzewallungen				
Atmung					
Stuhlgang	Farbe	Geruch	Beschaffenheit	wie oft?	Durchfall/Verstopfung
Wasserlassen	schmerzhaft	Wie oft?	Nachts?	wie oft?	
Heißhunger?					
Schwindel?					
Energie	Am Morgen		Am Mittag		Am Abend
Schlaf	Einschlafen	Durchschlafen	wie lange?	erholsamer Schlaf?	ruhig/unruhig
Schleimhäute	Trocken?	Augen	Mund	Rachen	Scheide

Augen

kurzsichtig/weitsichtig	Erkrankungen	trockene Augen
-------------------------	--------------	----------------

Nase

behinderte Nasenatmung	verstopft	Nasennebenhöhlen
------------------------	-----------	------------------

Mandeln

Operation		häufige Mandelentzündung als Kind		als Erwachsener	

Schilddrüse

Überfunktion	Unterfunktion	Knoten	Entzündung	Hashimoto	M. Basedow
--------------	---------------	--------	------------	-----------	------------

Zähne

Gibt es tote/wurzelbehandelte Zähne?					
Zahnfüllungen		Keramik	Kunststoff	Gold	Amalgam
Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wann?			Wurde danach eine Ausleitung gemacht? Womit?		

Ohren

häufige Entzündungen?	Tinnitus rechts links
-----------------------	-----------------------

Bewegungsapparat

Gelenke	Schmerzen	Entzündung	Steifigkeit	Deformierung	Rheuma
Rücken	Schmerzen	in welchem Bereich	Verspannungen	Wirbelsäule	Auffälligkeiten
Muskulatur insg.	Neigen Sie zu Verspannungen?		Haben Sie Muskelkrämpfe?		

Verdauungsorgane

Magen	Völlegefühl	Sodbrennen	Gastritis	Abneigung gegen best. Lebensmittel	
Leber/Galle	Leberentzündung	Fettleber	Gallenstein/-kolik	Gallen OP	Fettunverträglichkeit
Darm	Infektionen	Hämorrhoiden	Feststuhl	Blähungen	Blinddarm OP

Herz/Lunge

Herz	Rhythmusstörungen	Infarkt	Beklemmungen	Herzrasen	Druckgefühl
Lunge	Husten	mit Auswurf	Entzündungen	Asthma	Atemnot

Blase/Niere/Prostata

Blase	Entzündung	Schmerzen beim Wasserlassen	häufiges Wasserlassen
Niere	Entzündung	Schmerzen	Nierensteine
Prostata	vergrößert	Entzündung	Probleme beim Wasserlassen

Gynäkologie

Geburten	Geburtsjahre			Fehlgeburten	Abtreibungen
Tumore	Zysten	Entzündungen	Myome	Endometriose	
Ausfluss	Färbung	Geruch			
Wann war die 1. Periode		Wann war zuletzt die Periode			
Periode	stark	schwach	Dauer	Schmerzen	Zykluslänge
Beschwerden vor oder nach der Blutung			Welche?		
Nehmen Sie Verhütungsmittel?			Welche?		
Wechseljahre	Beschwerden				

Sexualität

Libido verstärkt/vermindert unbefriedigend Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Narben

--

Neurologie

Schmerzen Taubheit Kribbeln Burning Feet Restless Leg Sonstige

psychosoziale Belastungen

innerhalb der Familie oder im Umfeld, z.B. Pflegebedürftigkeit, Behinderung etc.

Reisen

Wo waren Sie		
Waren Sie danach krank?		

Ernährung

Mischkost	vegetarisch	vegan	fettarm	kohlenhydratarm	Sonstige
-----------	-------------	-------	---------	-----------------	----------

Wie oft in der Woche essen Sie....

Welches

Bio

Fisch	Süßwasserfisch	Seefisch		
Fleisch				
Kuhmilchprodukte				
Obst				
Gemüse				
Nüsse/Saaten				
Zucker	Verwenden Sie Süßstoff?	Welche?		
Welche Öle/Fette verwenden Sie?		zum braten	im Salat	