



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen sie sich für den Anamnesebogen ausreichend Zeit – je ausführlicher und umfassender ihre Informationen sind, umso mehr Zusammenhänge werden sichtbar.

Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Vielen Dank!

## Anamnesebogen

Anrede

---

Vorname

---

Nachname

---

Straße

---

PLZ-Ort

---

Beruf

---

Geburtsdatum

---

Familienstand/Kinder

---

Telefon

---

E-mail

---



Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind der Anlass, weshalb die Praxis aufgesucht wird?

---

---

---

---

Was sind momentan Ihre Hauptbeschwerden?

---

---

---

---

Wo? (Lokalisation)

---

---

---

---



Seit wann? (was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden)

- eine Erkrankung
  - Kummer
  - Trauer
  - Schreck
  - Operation
  - Hautausschläge
  - Medikamente
  - Sonstiges
- 
- 
- 

Was haben Sie bezüglich dieser Beschwerden bereits unternommen?  
(Arztbesuch, Laboruntersuchungen, Therapieverfahren, etc.)

---

---

---

---

Wie war der Erfolg?

- sehr gut
- gut
- mäßig
- schlecht

Was ist Ihr genauer Auftrag an mich? Welche Symptome möchten Sie in erster Linie verbessern?

---

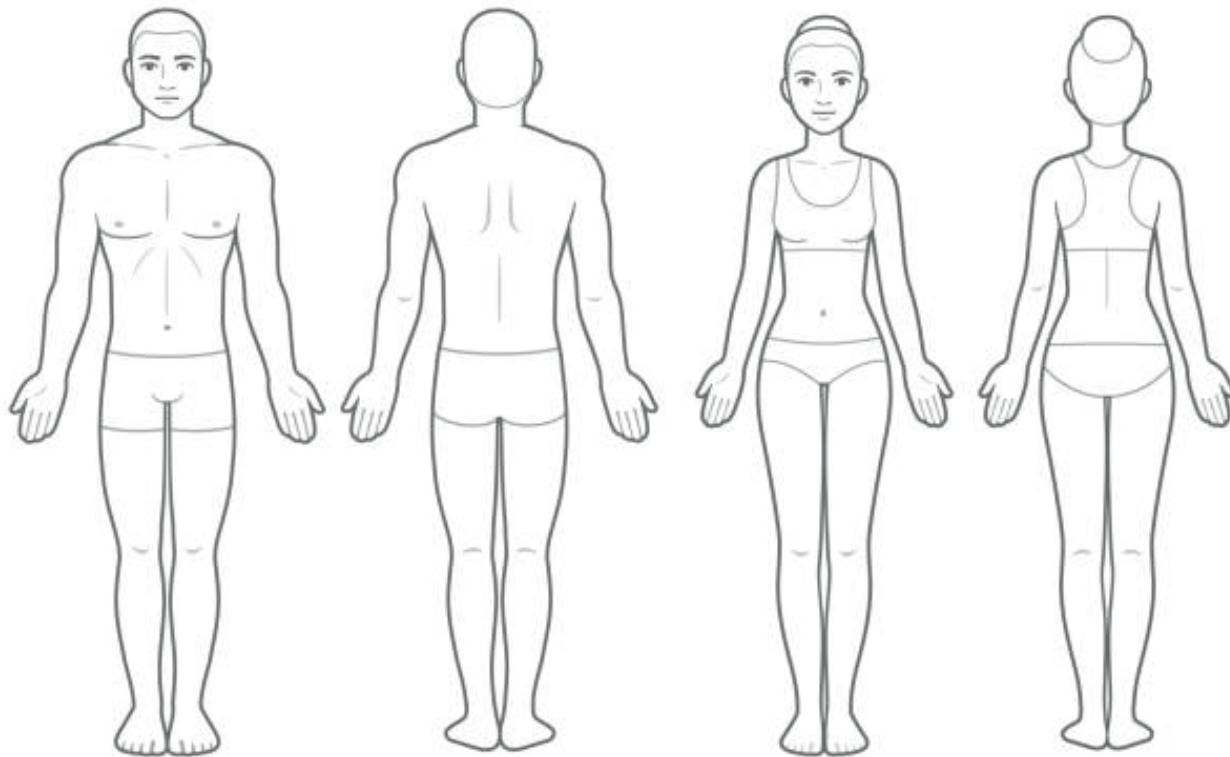
---

---

---



Bei Schmerzen, wo genau treten die Schmerzen auf?



Bitte kennzeichnen sie ihre Schmerzen, mit einem Kreuz auf dem Bild:

Schmerzskala: 1-10 ( 1 = schwach, 5 = mittel, 10 = sehr stark )

---

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Beschreibung des Schmerzes/ Symptoms: ( bitte ankreuzen )

- |                                      |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> dumpf       | <input type="checkbox"/> periodisch  | <input type="checkbox"/> ständig         | <input type="checkbox"/> pochend               |
| <input type="checkbox"/> pulsierend  | <input type="checkbox"/> krampfartig | <input type="checkbox"/> gleichmäßig     | <input type="checkbox"/> beklemmend            |
| <input type="checkbox"/> stechend    | <input type="checkbox"/> brennen     | <input type="checkbox"/> kolikartig      | <input type="checkbox"/> ausstrahlend          |
| <input type="checkbox"/> vernichtend | <input type="checkbox"/> kribbelnd   | <input type="checkbox"/> schweißtreibend | <input type="checkbox"/> berührungsempfindlich |
| <input type="checkbox"/> geschwollen | <input type="checkbox"/> kalt        | <input type="checkbox"/> heiß            | <input type="checkbox"/> sonstige              |



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

---

---

Narben /Unfälle/Operationen (Was, Wann, Wo am Körper)

---

---

---

---

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel /Tees nehmen Sie aktuell ein?  
(Auch Schmerztabletten, Abführmittel, Schlafmittel, etc.)

---

---

---

---

---

---

Wann haben Sie das letzte Mal ein Antibiotikum genommen?

---

---



## Welche Krankheiten sind Ihnen in ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- Herzinfarkt       Schlaganfall       Arteriosklerose       Bluthochdruck
  - Brustkrebs       Darmkrebs       Leukämie       Hautkrebs
  - Multiple Sklerose       Morbus Crohn       Colitis ulcerosa       Schilddrüsen Erkrankungen
  - Arthritis       Rheuma       häufige Knochenbrüche       Knochen/Muskelschwund
  - Diabetes Typ 2 /Typ 1       Allergien       Asthma       Suchtprobleme
  - Epilepsie       Demenz       Schizophrenie       Depressionen
  
  - Sonstige Erkrankungen
- 

## Welche Allergien liegen vor?

- Tierhaare       Heuschunupfen       Metalle       Pollen
  - Penicillin       Hausstaub       Milben       Gräser
  - Lidocain       Procain       Aspirin       Nahrungsmittel
  
  - Sonstige Allergien
- 

## Haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate mehr als 6 kg zu- oder abgenommen?

- ja
- nein

## Leiden Sie unter Nachtschweiß?

- ja
- nein

## Haben Sie leichte Temperaturerhöhung?

- ja
- nein



Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?



## Trinken Sie Alkohol?

- ja
  - nein
  - Wenn ja, wieviel?

Rauchen Sie?

- ja
  - nein
  - Wenn ja, wieviel?

Ist Ihr Schlaf erholsam?



Leiden Sie an Ein- oder Durchschlaf Schwierigkeiten?

- ja
  - nein

Haben Sie große Sorgen?

- ja
  - nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

- ja
  - nein



### Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- |   |                                       |   |                                     |
|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="radio"/> Röteln          | <input type="radio"/> Tetanus                 | <input type="radio"/> Grippe        |
| <input type="radio"/> Keuchhusten       | <input type="radio"/> Mumps           | <input type="radio"/> Diphtherie              | <input type="radio"/> FSME (Zecken) |
| <input type="radio"/> Rotavieren        | <input type="radio"/> Masern          | <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung)   | <input type="radio"/> Covid -19     |
| <input type="radio"/> Hepatitis         | <input type="radio"/> Windpocken      | <input type="radio"/> Gelbfieber              | <input type="radio"/> Typhus        |
| <input type="radio"/> HIB               | <input type="radio"/> Meningokokken C | <input type="radio"/> Cholera                 | <input type="radio"/> Herpes zoster |
| <input type="radio"/> HPV               | <input type="radio"/> Tollwut         | <input type="radio"/> Japanische Enzephalitis | <input type="radio"/> andere        |

---

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- |   |                                       |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="radio"/> Röteln          | <input type="radio"/> Tetanus                  | <input type="radio"/> Grippe               |
| <input type="radio"/> Keuchhusten       | <input type="radio"/> Mumps           | <input type="radio"/> Diphtherie               | <input type="radio"/> Frühsommermeningitis |
| <input type="radio"/> Rotavieren        | <input type="radio"/> Masern          | <input type="radio"/> Polio (Kinderlähmung)    | <input type="radio"/> Covid -19            |
| <input type="radio"/> Hepatitis         | <input type="radio"/> Windpocken      | <input type="radio"/> Gelbfieber               | <input type="radio"/> Typhus               |
| <input type="radio"/> HIB               | <input type="radio"/> Meningokokken C | <input type="radio"/> Cholera                  | <input type="radio"/> Herpes zoster        |
| <input type="radio"/> Malaria           | <input type="radio"/> Scharlach       | <input type="radio"/> Pfeifersches Drüsenvirus | <input type="radio"/> andere               |

---

## Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel?

- ja                                    nein

Ohnmachtsanfälle?

- ja                                    nein

Epileptische Anfälle?

- ja                                    nein



Kopfschmerzen?

- ja                                    nein

Haben Sie Probleme mit den Augen?

- ja                                    nein                                    Wenn ja, welche?
- 

Haben Sie Probleme mit dem Hören?

- ja                                    nein

Ohrenschmerzen?

- ja                                    nein

Haben Sie häufig oder langanhaltenden Schnupfen?

- ja                                    nein

Leiden Sie häufig an Nasenbluten?

- ja                                    nein

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja                                    nein

Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen- Mund- Kiefer-Bereich?

- ja                                    nein



## Halsbereich

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?

- ja                            nein

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?

- ja                            nein

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?

- ja                            nein

Leiden Sie unter Heiserkeit?

- ja                            nein

## Brustbereich

Leiden Sie unter Husten?

- ja                            nein                            Wenn ja, wie lange?
- 

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

- ja                            nein

Leiden Sie unter Atemnot?

- ja                            nein



Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?

- ja                            nein

Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?

- ja                            nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

- ja                            nein

## Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

- ja                            nein

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?

- ja                            nein                            Wenn ja, weiche?

---

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?

- ja                            nein

Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?

- ja                            nein

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?



ja       nein

Leiden Sie unter Sodbrennen?

ja       nein

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?

ja       nein       Wenn ja, welche?

---

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Mängel oder Farbe des Stuhles aufgefallen?

ja       nein       Wenn ja, welche?

---

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

ja       nein

## Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?

ja       nein

Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?

ja       nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?

ja       nein



Zittern ihre Hände (manchmal)?

- ja       nein

Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?

- ja       nein

## Beine und Füße

Leiden Sie unter Krampfadern?

- ja       nein

Treten nachts Wadenkrämpfe auf?

- ja       nein

Schmerzen in Beinen oder Füßen?

- ja       nein

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?

- ja       nein

Sind ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?

- ja       nein

Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?

- ja       nein

Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?

- ja       nein



## Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?

- ja                            nein

Schmerzen beim Wasserlassen?

- ja                            nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?

- ja                            nein

Haben Sie Blut im Urin festgestellt?

- ja                            nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?

- ja                            nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?

- ja                            nein

Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasserlassen?

- ja                            nein

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?

- ja                            nein

Prostata

- vergrößert                    Entzündungen gehabt                    Entzündungen aktuell



## Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

---

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?

---

Wie lange ist die Zyklusdauer?

---

Wie ist die Blutungsstärke?

- schwach       normal       stark

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?

- ja       nein

Tritt ein Sekret aus der Scheide?

- ja       nein

Nehmen Sie die (Antibaby-) Pille?

- ja       nein

Oder früher genommen?

- ja       nein

Tragen/trugen Sie eine „Spirale“?

- ja       nein



Wie lange haben Sie insgesamt die Pille/Spirale genommen/getragen?

Jahre/Monate die Pille

Jahre/Monate die Spirale

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?

ja  nein

## Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen?

ja  nein

Hautjucken?

ja  nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?

ja  nein

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?

ja  nein



## **Soziale Anamnese**

Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?



## Haben Sie Freunde?

- ja
  - nein

Wie ist ihr Verhältnis zu ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- sehr gut       gut       mäßig       schlecht

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- sehr gut
  - gut
  - mäßig
  - schlecht

## Sind Sie glücklich?

- ja
  - nein

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt( z.B. Mobbing)?

- ja
  - nein

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

- ja       nein       Wenn ja, welche?



Mein beruflicher Stressfaktor ist

- niedrig       mittel       hoch

Mein privater Stressfaktor ist

- niedrig       mittel       hoch

## Ernährung

Körpergröße	Körpergewicht	BMI

Wie viel Liter trinken Sie pro Tag?

---

Was trinken Sie?

---

Haben Sie das Gefühl, bestimmte Nahrungsmittel nicht gut zu vertragen? (Direkte Reaktion am gleichen Tag oder verzögerte Reaktion 1-2 Tage später)

- ja       nein

Leiden Sie an Zölliakie?

- ja       nein



Wurde bei Ihnen eine Nahrungsmittelunverträglichkeit festgestellt?

- Laktose       Fructose       Gluten

Essen Sie vegetarisch/vegan/sonstiges?

- vegetarisch       vegan       sonstiges

Ernähren Sie sich bewusst, mit möglichst naturbelassenen Lebensmitteln?

- ja       nein

In der Regel esse ich:

Morgens	Zwischenmahlzeit	Mittags	Zwischenmahlzeit	Abends
<b>Uhrzeit:</b>	<b>Uhrzeit:</b>	<b>Uhrzeit:</b>	<b>Uhrzeit:</b>	<b>Uhrzeit:</b>

Symptome direkt nach dem Essen

- Völlegefühl       Übelkeit       Magenkrämpfe  
 Müdigkeit       Ebrechen       Herzrasen  
 sofortiger Stuhlgang       Aufstoßen       Kopfschmerzen  
 sofortiger Durchfall       Kolikartige Schmerzen       Oberbauchbeschwerden  
 Blähungen       Sodbrennen       Sonstiges



Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Tag

Häufigkeit: \_\_\_\_\_ x pro Woche

Wie ist die Farbe Ihres Stuhlgangs?

- Stuhl hell       Stuhl dunkel

Ist der Stuhlgang meist normal (wie eine Wurst) geformt?

- ja       Nein

Beschreibung Ihres Stuhlgangs:

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> problemlos     | <input type="radio"/> weich                       | <input type="radio"/> bleistiftartig                |
| <input type="radio"/> schmerhaft     | <input type="radio"/> hart                        | <input type="radio"/> klebrig                       |
| <input type="radio"/> schleimig      | <input type="radio"/> wechselhaft (flüssig, fest) | <input type="radio"/> Gefühl nicht fertig zu werden |
| <input type="radio"/> Blutbeimengung | <input type="radio"/> breiig                      | <input type="radio"/> sonstiges                     |

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

---

Wurde bei Ihnen kieferorthopädische Behandlungen durchgeführt?

- ja       nein

Haben oder hatten Sie Metalle im Mund?

- ja       nein       Wenn ja, welche
-



Haben Sie wurzelbehandelte oder wurzeltote Zähne?

ja

nein

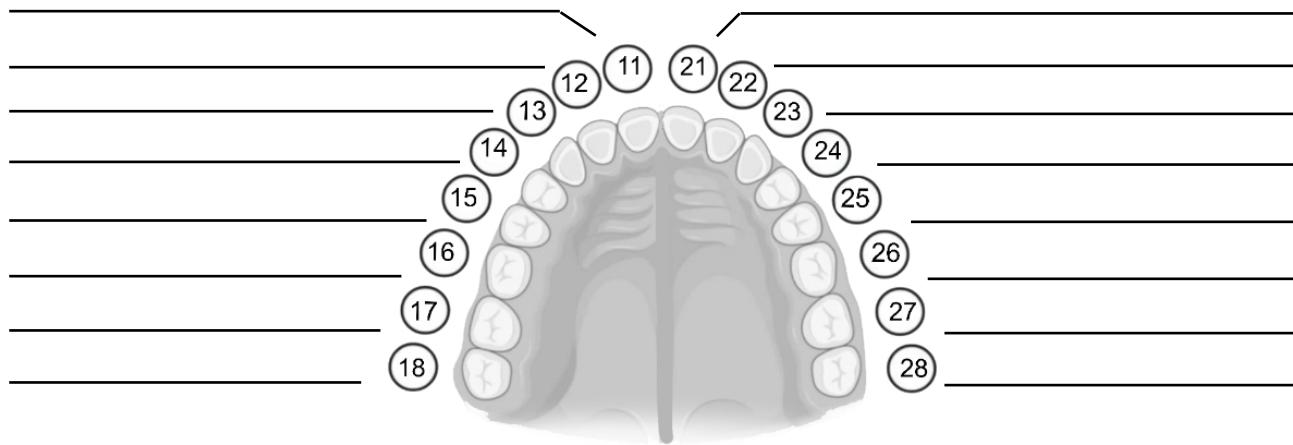
Haben Sie Kronen, Brücken, Implantate oder herausnehmbare Prothesen?

ja

nein

Bitte alle gezogenen, wurzelbehandelte, implantierte Zähne auflisten/markieren:

Oberkiefer



Unterkiefer

