



## Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen in Ruhe aus und nehmen Sie sich genug Zeit. All Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Bitte bringen Sie den Anamnesebogen zum ersten Termin mit oder senden diesen vorab per Mail. Alternativ können Sie ca. 15 min vor Behandlungsbeginn in meine Praxis kommen und den Bogen vor Ort ausfüllen.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen - Namen der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kind(er): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Hobbys: \_\_\_\_\_

### **\*Aktuelle Anamnese\***

1) Was führt Sie zu mir? / Was ist passiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Haben Sie Schmerzen?

ja  nein

- Bei „nein“, weiter ab Nr. 12

3) Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Seit wann haben Sie die Schmerzen? \_\_\_\_\_

5) Schmerzskala: 1= leicht 5= mittel 10= stark Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

6) Wie äußern sich die Schmerzen? \_\_\_\_\_

z.B. Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, reißend, kolikartig, dumpf, beengend, bohrend, etc.

7) Sind Sie lokal oder ausstrahlend, wenn ja wohin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8) Gibt es auslösende Faktoren? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9) Wodurch werden die Schmerzen besser? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, zu bestimmten Zeiten, etc.

10) Wodurch werden die Schmerzen schlimmer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

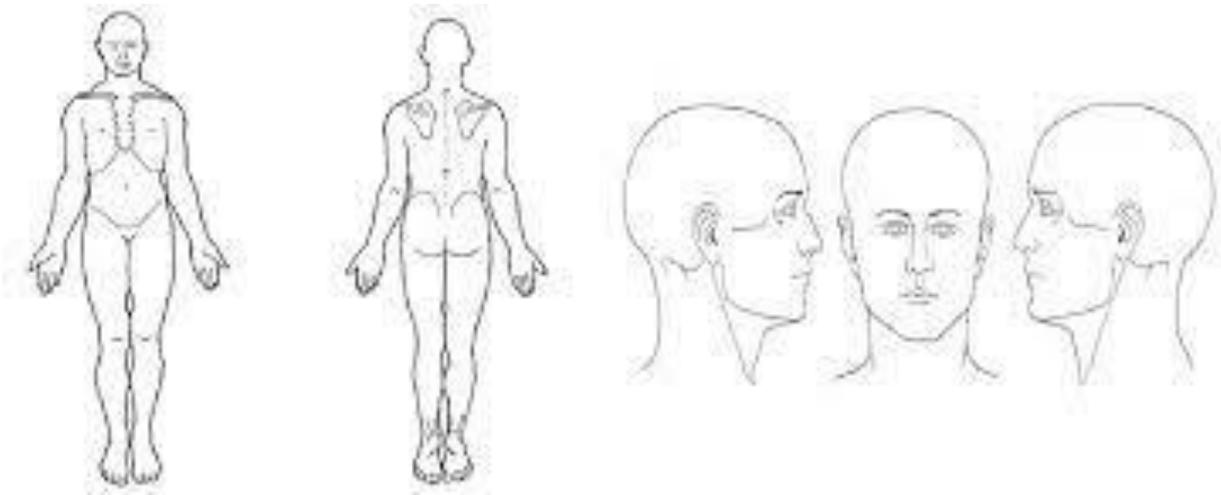
11) Welche anderen Symptome treten evtl. dazu auf (Begleitsymptome) ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, Bauchschmerzen, etc...

12) Was haben Sie bereits unternommen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Bitte eintragen: Schmerzort rot, Ausstrahlung mit Pfeil, Narben grün**

(Bild: Quelle Google)

### **\*Medizinische Vorgeschichte\***

13) Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z.B. Asthma, COPD, Herzkrankheiten, Hypertonus, Diabetes, Stoffwechselerkrankung, Rheuma, Autoimmunerkrankung, etc.

14) Gab es in Ihrer Vergangenheit Unfälle, Verletzungen oder Operationen? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15) Sind Sie in der Vergangenheit krank gewesen? Wenn ja, woran und wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z.B. Häufige Infekte, Corona, Krebserkrankungen, etc.

### **\*Familienanamnese\***

16) Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten / familiäre Häufungen bestimmter Erkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z.B. Diabetes, Krebserkrankungen, Rheuma, Gicht, Depressionen, etc.

## \*Vegetative Anamnese\*

### 17) Essen:

- Wie ist Ihr Appetit? \_\_\_\_\_  
z.B. gut / schlechter geworden – wenn ja, seit wann?
  
- Wie sind Ihre Mahlzeiten aufgebaut? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
z.B. Kostart – Vollwert, Vegan, / Wie viele Mahlzeiten am Tag? / Welche Uhrzeiten?
  
- Gibt es Abneigungen gegen bestimmtes Essen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Gibt es Unverträglichkeiten? \_\_\_\_\_  
z.B. Laktose, Fructose, Gluten

### 18) Trinken:

- Wie viel Liter trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_
  
- Was trinken Sie? \_\_\_\_\_
  
- Wie ist Ihr Durstgefühl? \_\_\_\_\_

### 19) Miktion: (Wasserlassen, Harnverhalt)

- Wie ist die Farbe Ihres Urins?
  - a) morgens: \_\_\_\_\_
  - b) am Tag: \_\_\_\_\_
  - c) abends: \_\_\_\_\_
  - d) nachts: \_\_\_\_\_
  
- Hat Ihr Urin einen auffallenden Geruch? Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_
  
- Wie oft am Tag und in der Nacht müssen Sie urinieren?
  - a) tagsüber: \_\_\_\_\_
  - b) nachts: \_\_\_\_\_

- Haben Sie Schmerzen bei der Miktion? Wenn ja, wann genau? \_\_\_\_\_

z.B. zu Beginn / am Ende des Urinierens, stetig

- Leiden Sie an anderen Miktions-Störungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

z.B. Harnverhalt, Inkontinenz\_\_\_\_\_

## 20) Defäkation: (Stuhlgang / Stuhlentleerung)

- Wie oft haben Sie in der Woche Stuhlgang? \_\_\_\_\_

a) Konsistenz: \_\_\_\_\_

b) Farbe: \_\_\_\_\_

c) Geruch: \_\_\_\_\_

d) Kraftaufwendung bei Stuhlentleerung (leicht/ mittel/ schwer): \_\_\_\_\_

- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? \_\_\_\_\_

- Fühlen Sie sich nach dem Stuhlgang entleert? \_\_\_\_\_

- Leiden Sie unter einem Blähbauch / Flatulenz (Winde)? \_\_\_\_\_

- Leiden Sie an Hämorrhoiden?  
\_\_\_\_\_

## 21) Verschiedenes:

- Halten Sie Ihr Gewicht oder gibt es Schwankungen? Wenn ja, welche, wie viel kg und in welchem Zeitraum? Beabsichtigt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Schwitzen Sie? Überhaupt? Mit oder ohne Anstrengung? Nachts? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*Medikamente\***

22) Nehmen Sie Medikamente? Bitte denken Sie auch an rezeptfreie oder Nahrungsergänzungsmittel?  
Wenn ja, seit wann + Dosierung? Ggf. Medikamentenplan mitbringen.

---

---

---

23) Sind Nebenwirkungen bekannt / aufgetreten? \_\_\_\_\_

---

24) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**\*Genussmittel\***

19) Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

20) Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wie oft? \_\_\_\_\_

---

21) Kontakt mit Drogen? \_\_\_\_\_

**\*Ihre Ziele\***

Was möchten Sie erreichen? \_\_\_\_\_

---

Platz für evtl. Fragen: \_\_\_\_\_

---

**Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte)** \_\_\_\_\_