

Anamnesefragebogen



Herzlich willkommen in der Privatpraxis Silvio Jährling

Nachfolgend möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und vor Ihrem ersten Besuch wieder zu uns zurückzusenden.

Bitte kreuzen Sie bei den Beispielen an, sofern diese zutreffen oder beantworten Sie mit Ihren eigenen Worten.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtstag/Geburtsort-u.Zeit(falls bekannt) _____

Telefon/Mobil(privat): _____

E-mail-Adresse: _____

Telefon/Mobil(beruf.): _____

Arbeitgeber/Beruf: _____

Körpergröße/Gewicht: _____

Familienstand/Kinder: _____

Blutgruppe(falls bekannt): _____

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann ?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	_____	seit :
2.	_____	seit :
3.	_____	seit :
4.	_____	seit :
5.	_____	seit :

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung Kummer Trauer Schreck Operationen Hautausschläge andere:

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

Masern Mumps Röteln Syphilis Windpocken Scharlach Tetanus Malaria Salmonellose Ruhr Gonorrhoe (Tripper) Keuchhusten Kinderlähmung Tropenkrankheiten Tuberkulose Pfeiffersches Drüsenfieber

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

Ja nein

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

Haben Sie Narben von Operationen?

Ja nein bitte Sonderblatt Piercings/Tattoos ausfüllen

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

ja nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Krebs Tuberkulose Geisteskrankheiten Epilepsie Herzkrankheiten Schlaganfall Asthma Zuckerkrankheit Gefäßerkrankungen Rheumatismus Steinkrankheiten Allergien Multiple Sklerose Schuppenflechte Gicht Neurodermitis Depressionen Suizid Migräne Geschlechtskrankheiten

Andere Krankheiten:

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

{Tuberkulose(BCG) Röteln Polio(Kinderlähmung) Cholera Diphtherie Gelbfieber Tetanus
Hepatitis HIB Pocken Keuchhusten Grippe Masern Mumps

andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber Krämpfe Verhaltensveränderungen Schlaflosigkeit Unruhe andere:

Emotionales

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer? ja nein

Sind Sie berührungsempfindlich? ja nein

Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen? ja nein

Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel? ja nein

Halten Sie enge Räume aus? ja nein

(z.B. Fahrstühle etc.)

Leiden Sie unter mangelnder Konzentration? ja nein

Sind Sie müde und erschöpft? ja nein

Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt? ja nein

Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle-Konflikt? ja nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Schwitzen Sie leicht? ja nein

Schwitzen Sie Nachts? ja nein

An welchem Körperteil: _____

kalter Schweiß warmer Schweiß

Frieren Sie schnell? ja nein Kalte Hände Kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

sehr belastbar mäßig belastbar gar nicht belastbar

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

sehr gut gut mäßig schlecht

Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?

ja nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

sehr gut gut mäßig schlecht

Sind Sie glücklich?

ja nein

Ernährung

Wie viele Liter trinken Sie täglich? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte Süßigkeiten Weißmehlprodukte Kuchen Eier Zucker Nüsse Zuckerersatzstoffe

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

Süß Sauer Pikant Bitter Salzig Scharf Fleisch Eier Obst Nikotin Alkohol

Abneigungen gegen:

Süß Sauer Pikant Bitter Salzig Scharf Fleisch Eier Fett Alkohol

Nahrungsmittel-Allergien auf: _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

ja nein wenn ja, welche:

Wurden Sie gestillt? ja nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

ja nein

Wohnung

Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf Geopathische und Elektrosmog-Belastungen untersucht worden?

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe Bäche, Flüsse in der Nähe Schimmelpilzbelastung Antiquitäten/Holzschutzmittel Teppichböden

Mikrowelle

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

schnurlose Telefone/Internet elektrische Geräte standby Wasserbett eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit Sprechen im Schlaf Zähneknirschen Unruhe in den Beinen heiße Füße Schwierigkeiten beim Einschlafen Nachtschweiß Lebhaftige Träume häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____ häufiges Wasserlassen, wie oft: _____

Schlaflage:

Bauch Rücken links rechts sitzend kniend zusammengerollt

Schlafzeit:

Übliches zu Bettgehen: _____

Übliches Aufstehen: _____

Kopf**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

häufig selten nie wenn ja, wo und

wann: Stirn-Augen-Schläfenregion Hinterhauptregion halbseitig links halbseitig

rechts doppelseitig wandernd von links nach rechts wandernd von rechts nach

links morgens abends

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Haare:

Haarausfall kreisrunder vereinzelter seit wann:

Augen:

Bindehautentzündung kurzsichtig weitsichtig sonstige Beschwerden Brille seit:

Ohren:

Schmerzen links Schmerzen rechts

beidseitig schwerhörig Ohrengeräusche Ohrendruck Mittelohrentzündungen

Zähne/Kiefer:

häufige Zahnarztbesuche Beschwerden bei der Zahnung Tote Zähne Wurzelbehandelte

Zähne Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne Empfindliche Zähne auf: heiß kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium

Nase:

Operationen Heuschnupfen häufige Nasennebenhöhlenentzündungen behinderte

Nasenatmung Nase verstopft Allergien auf:

Absonderungen: wässrig schleimig eitrig grünlich

Mandeln:

Operation häufig Mandelentzündungen als Kind heute

Schilddrüse:

Überfunktion Unterfunktion Vergrößerung Operation

Brust Bauch Rücken

Brustdrüse	Beschwerden	Operation	
Herz	Beschwerden	Stechen	Druckgefühl
	Infarkt	Beklemmung	Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis	häufig Husten	Atemnot
Leber	Entzündungen	Hepatitis	
Galle	Steine	Koliken	Operation
	Druck im Oberbauch	Fettunverträglichkeit	
Magen	Völlegefühl	Gastritis	
	Appetitlosigkeit	Nahrungsmittelallergien	
Rücken	Schmerzen	Hexenschuss	
	Ischias	Skoliose	
Niere/Blase	Nierensteine	Entzündungen	häufig:
Harn	viel	wenig	häufig
	kann nicht halten	Geruch nach:	
Darm	Infektionen	Hämorrhoiden	
	Blinddarmoperation	Blähungen; Geruch nach:	
Stuhlgang	täglich	jeden 2. Tag	
	unregelmäßig	riecht nach:	

Arme Beine Rücken Haut

Arme	Verletzungen	Schmerzen	Kribbeln
	Kalte Hände	Tennisellenbogen	
Beine	Schmerzen	Krampfadem	Operationen
	Verletzungen	Kalte Füße	Kribbeln
	Taubheitsgefühl		
Rücken	Beweglichkeit	Verspannungen	Rheuma
	Belastungen		
Haut/Nägel	Verbrennungen	Narben	Geschwüre
	Hautjucken	Warzen	Pilze
	eingewachsene Nägel	Nagelbettentzünd.	Allergien auf:

Gynäkologischer /Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluss: keinen stark weiß gelb färbt die Wäsche wundmachend

Schmerzen Eierstockentz. Ausschabungen Fehlgeburten Geburten/wieviele: Abtreibungen Tumoren Zysten Myome Geschlechtskrankheiten

Menses Wann war die erste Menses:

Blutungen sind hell dunkel klumpig braun unregelmäßig regelmäßig

Prostata

Vergrößert Entzündungen Beschwerden beim Wasserlassen Geschlechtskrankheiten

Sexualität

vermindert verstärkt unbefriedigt

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

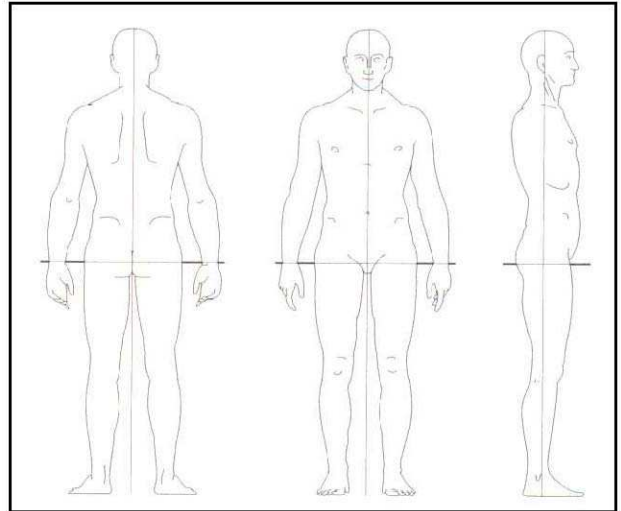
Bitte kennzeichnen!

Kreuz=Punktförmiger Schmerz
Linie=Unklare Schmerzlokalisierung
Pfeil=Ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz von 1-10:

1=schwach 5=mittel 10=sehr stark

Meine Schmerzskala liegt bei: _____



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? immer mehrmals am Tag alle paar Tage wöchentlich
seltener

Wie ist das Schmerzempfinden

ziehend brennend stechend klopfend drückend krabbelnd reißend kolikartig krampfend dumpf
beengend bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung längeres Stehen Sitzen Gehen Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten
Niesen Tageszeit _____ Wetterlage Monatsblutung

Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe Schlaf Bewegung Sport Kälte Wärme Schmerzmittel Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung Blässe Schwellung Berührungs-Empfindlichkeit Schweißbildung Seh-oder Hörstörungen
Gangunsicherheit Muskelschwäche Müdigkeit Schwindel Bewegungseinschränkung

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Was wir noch sagen müssen

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ich werde /wurde über das eventuelle Risiko-bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten werde ich im persönlichen Gespräch klären.

Gegebenenfalls erhobene Einwände werden schriftlich festgehalten.

Raum für Anmerkungen

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie, u.a.) abgelehnt, oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind behandelt werden darf. Name (in Druckbuchstaben): _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu oben gemachten Angaben. Ihre persönlichen Daten werden computertechnisch erfasst und gespeichert.

Meitzendorf, _____ Unterschrift: _____