

Anamnese Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße: _____ Tel. gesch.: _____

PLZ-Ort: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Beruf/Schulklasse: _____

Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

Wichtig !!! Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z. Bsp. "94).

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (zunächst die 3 Hauptbeschwerden)

Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

1.

2.

3.

Bitte bringen Sie Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel (am besten die jeweilige Tagesdosis) die eingenommen werden, sowie den letzten Laborbefund und eine Panoramaaufnahme des Kiefers (OPG) mit.

Aktuelle Medikamente, Menge der Einnahme (bitte Medikamente mitbringen, auch Beipackzettel)

1.

2.

3.

4.

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

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

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen

z.B. Affenpocken, Cholera, Diphtherie, FSME, Gelbfieber, Grippe, Haemophilus influenzae (HIB), Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes Zoster, H1N1 (Schweinegrippe), Japanische Enzephalitis, Keuchhusten, Masern, Meningokokken C, Mumps, Papillomavirus, Pneumokokken, Pocken, Polio (Kinderlähmung), Rotaviren, Röteln, Tetanus, Tuberkulose*1 (BCG), Typhus, Varizellen (Windpocken),

Bei Corona (SARS CoV2) Hersteller: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen

z.B. Fieber, Gürtelrose, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen, Herzmuskelentzündung, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes, Corona, Affenpocken, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

KOPF**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,**

wie häufig? selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,
morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig
wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links, von hinten nach vorne

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makula degeneration, Lasertherapie etc.

Ohren: links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

Zähne/Kiefer: bitte Zutreffendes ankreuzen:

Häufige Zahnarztbesuche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

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

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose¹ (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, FSME, Papillomavirus, Varizellen (Windpocken), H1N1 (Schweinegrippe), usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhoe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündung, Herpes, usw.

Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?

Falls ja, welche wurden eingesetzt?

KOPF**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,**

wie häufig? selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,
morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig
wandernd von links nach rechts, wandernd von rechts nach links, von hinten nach vorne

Auslöser der Kopfschmerzen:

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Haare: Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann

Augen: Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makula degeneration, Lasertherapie etc.

Ohren: links, rechts, beidseitig - Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

Zähne/Kiefer: bitte Zutreffendes ankreuzen:

Häufige Zahnarztbesuche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?	
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wann?	Wieviele?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wie lange	
Womit wurde ausgeleitet?				

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Nase: Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:
 Behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Absonderung der Nase wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, häufig Nasennebenhöhlentzündungen, Polypen (OP?, wann?)

Mandeln: Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto, Operation,

BAUCH / BRUST:

Brustdrüse: Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten

Herz: Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass

Blutdruck: Wann zuletzt gemessen? Ergebnis:.....

Lunge: Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung

Leber: Entzündung - Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher

Galle: Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen: Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen

Darm: Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja/nein, Geruch,

Stuhlgang: täglich, ca. jeden 2./3./4. Tag, unregelmäßig, riecht nach
 Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
 Stuhl hell, dunkel, übelriechend, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., Brauche viel Papier / Toilettenbürste

Niere / Blase: Nierensteine, Entzündungen - häufig, stechen im Rücken - rechts/links, Reizblase

Harn: viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

Arme: Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.

Beine: Verletzungen, Schmerzen, Krampfadem, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall

Haut/ Nägel: Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme
Hautallergien auf (Creme etc.):.....

♀ BEREICH

Gynäkolog.: Ausfluss - keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten , (Kaiserschnitt, PDA) – Jahreszahl:
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.

Menses: Wann war die erste Menses (Periode): wann die letzte:
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun:
Regelblutung ist stark, schwach dauert lange:
Abstand der Regelblutungen:
Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche:
Zwischenblutungen:
Klimakterische Beschwerden:
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche:..... seit wann?
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin?

♂ BEREICH

Prostata: Vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?

ALLGEMEINES

**Wo haben Sie Narben? Mit Jahreszahl der Entstehung.
Auch kleine Narben eintragen.**

Schlaf: Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlaflage: Bauch, Rücken, links, rechts, sitzend, kniend, zusammengerollt

Träume: schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

Sportarten: wie häufig?.....

Ernährung: Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol ,
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol

Allergien auf.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)

Nein / falls ja, welche?

Rauchen: ja / nein wie viele?seit wann?.....Wann aufgehört?.....

Alkohol: wie häufig? was

Trinken: Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? Liter
Was trinken Sie ansonsten?

Haustiere: Haben oder hatten Sie Haustiere?

Häuslicher Bereich: Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?
Wie viele Std./Min. telefonieren Sie über Handy?

Haben Sie als Teil Ihrer Symptome irgendeines der folgenden gehabt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

		Ja	Nein
1.	Zecken- Mückenstiche (Schildzecke, Hundezecken, usw.)		
2.	Hautrötung am Ort des Bisses		
3.	Hautrötung an anderen Stellen		
4.	Gelenk- / Muskelschmerzen in den Füßen		
5.	Schwellung an den Zehen, am Fußballen		
6.	Schmerzen am Fußknöchel		
7.	Brennen in den Füßen		
8.	Shin Splints (Schmerzen der vorderen Unterschenkelmuskulatur)		
9.	Nicht erklärliches Fieber, Schwitzen, Frieren		
10.	Nicht erklärliche Gewichtsveränderung (Verlust oder Zunahme)		
11.	Erschöpfung, Müdigkeit		
12.	Nicht erklärlicher Haarausfall		
13.	Geschwollene Lymphknoten		
14.	Halsschmerzen		
15.	Schmerzen in den Hoden / den Leisten		
16.	Nicht erklärliche Unregelmäßigkeit der Menstruation		
17.	Nicht erklärliche Milchproduktion (Laktation)		
18.	Empfindliche Blase oder Blasen-Funktionsstörung		
19.	Sexuelle Funktionsstörung oder Libido-Verlust		
20.	Magenbeschwerden		
21.	Veränderte Stuhlgewohnheiten (Verstopfung, Durchfall)^		
22.	Schmerzen des Brustkorbs oder Wundgefühl über den Rippen		
23.	Kurzatmigkeit, Husten		
24.	Herzklopfen, Herzstolpern, Block im Herzreizleitungssystem		
25.	Gelenkschmerzen oder -Schwellung		
26.	Steifheit der Gelenke, des Nackens oder des Rückens		
27.	Muskelschmerzen oder -krämpfe		
28.	Zucken im Gesicht oder von anderen Muskeln		
29.	Kopfschmerz		
30.	Knacken oder Knarren im Nacken, Nackensteifheit		
31.	Kitzeln, Taubheit, Brennen oder Stiche		
32.	Gesichtslähmung (Bellsches Phänomen)		
33.	Augen/Sehvermögen: Doppelsehen, Schleiersehen, Schmerzen , verstärkte Mouches Volantes (Mückensehen)		
34.	Ohren/Hören: Summen, Klingen, Ohrenscherzen		
35.	Schwindel, Gleichgewichtsstörung, verstärkte Reisekrankheit		
36.	Benommenheit, Verwirrtheit, Schwierigkeit beim Laufen		
37.	Zittern (Tremor)		
38.	Verwechslungen, Verwirrtheit, Schwierigkeiten beim Denken		
39.	Schwierigkeiten beim Konzentrieren oder Lesen		
40.	Vergesslichkeit, schlechtes Kurzzeitgedächtnis		
41.	Desorientiertheit: Verirren, Laufen zu falschen Orten		
42.	Schwierigkeiten beim Sprechen		
43.	Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Depressionen		
44.	^Gestörter Schlaf: zu viel, zu wenig, frühes Erwachen		
45.	Verstärkte Symptome oder schlimmerer Kater nach Alkoholgenu ss		
46.	Herzgeräusche (anamnestisch), Klappen-Prolaps in der Vergangenheit?		

Anamnese aller Narben und Operationen

Patient: _____

geboren: _____ Datum: _____

1. NARBEN

Kopf

- Kopfschwarte _____
- Ohrläppchen _____
- Ohren zurückbinden _____
- Hautkrebs-Entfernung
(Basaliom / Spinaliom / Melanom) _____
- Mandeloperation _____
- Zahnextraktion
(Weisheitszähne u.a.) _____
- Kieferoperation zur
Bisskorrektur _____
- Zungenbändchenverkürzung _____
- Lippenbändchenverkürzung _____
- Parodontose – Behandlung _____
- v.a. Narben über Mittellinie _____
- Knochentransplantation zum
Knochenaufbau _____
- Augenlider / Stirne / Wangen
straffen _____
- Nasenpolyp – Entfernung _____
- Nasenbeinfraktur _____
- Nasenscheidewand-Korrektur _____
- wiederkehrende
Mittelohrentzündung _____
- Einsetzen eines
Paukenröhrchens ins
Trommelfell _____
- Zahnfisteln _____

Hals

- Schilddrüse – Entfernung _____
- Nebenschilddrüse –
Entfernung _____
- Lymphknotenentfernung _____

Extremitäten

- Impfnarben (Oberarme /
Gesäß) _____
- Schulter – Operation _____
- Schnittverletzungen an
Händen - an Fingerkuppen _____
- Dupuytren'sche Kontraktur _____
- Schlagaderschnitte _____
- Nageloperation, -entfernung _____

- Bänderriss am Fuß _____
- Achillessehnenriss _____
- Hallux – Operation _____
- Hühnerauge – Entfernung _____
- Herzkatheter – Untersuchung _____

Allgemein - Haut

- Piercings _____
- Verbrennungen _____
- Muttermal – Entfernung _____
- Lipom – Entfernung _____
- Selbstverletzungen _____
- Tätowierung / Tattoos _____
- Permanent Make up _____
- Furunkel – Entfernung _____

Brustkorb

- Schlüsselbeinfraktur _____
- Rippenfraktur _____
- Herzoperation /
Lungenoperation _____
- Brustknoten – Entfernung _____
- Brust - Vergrößerung -
Verkleinerung _____
- Brustentfernung _____
- LK – Entfernung in Brust- /
Achsel-Bereich _____

Bauch - Unterleib

- Bauchnabel _____
- Blinddarm – Narbe _____
- Leistenbruch – Narbe _____
- Nabelbruch _____
- Laparoskopische
Bauchoperation _____
- Gallenblasen – Operation
Drainage – Narben _____
- Unterbindungsnahe ♀ / ♂ _____
- Gebärmutterentfernung _____
- Periduralanästhesie _____

Frakturnarben

- Narben des Fixateur extern _____
- Hüft – Operation _____
- Knie – Operation _____
(Kreuzbänder / Kniescheibe /
Seitenband / Meniskus) _____
- Krampfadern – Operation _____
- Gebrochene Finger + Zehen _____

- Kaiserschnitt _____
- Magen – Darm – Operation _____
- Lumbalpunktion _____

Genitalbereich

- Beschneidung _____
- Operation nach
unvollständigem
Hoden-Desensus _____
- Dammschnitt _____
- Konisation vaginal _____
- Gebärmutterpolyp – Entfernung _____

Sonstige Narben

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

2. Operationen / Unfälle / verletzungen (Was, Wann, Wo am Körper)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Bemerkungen: