

## **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?

Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche?	
Wurden bei Ihnen Amalgam füllungen 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  
Nasennebenhöhlenentzündungen, 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, Krampfadern, 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?

Ist bei Ihnen ein Smartmeter (=intelligenter Stromzähler) installiert worden?

Benutzen Sie eine Mikrowelle zur Zubereitung Ihrer Speisen und Getränke?

Gibt es einen Handysendemast in Ihrer Nähe? In  
ca. wieviel Metern Abstand?

Benutzen Sie 5G oder Starlink Anbieter?

Gibt es eine Hochspannungsleitung in der Nähe Ihres Hauses? In  
ca. wieviel Metern Abstand?

**Wovor haben Sie am meisten Angst?**

**Was halten Sie selbst für die Ursache Ihrer Leiden?**

**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 Herzreizeleitungssystem		
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 \_\_\_\_\_
- Unterbindungsnarbe ♀ / ♂ \_\_\_\_\_
- 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:**