

## Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient! Mit diesem Fragebogen erleichtern Sie mir die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern mir damit wichtige Information für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung!

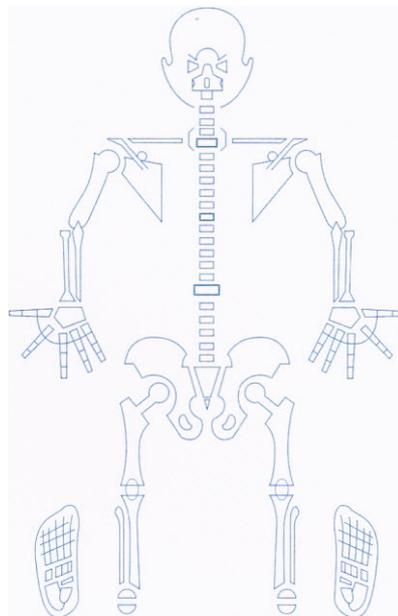
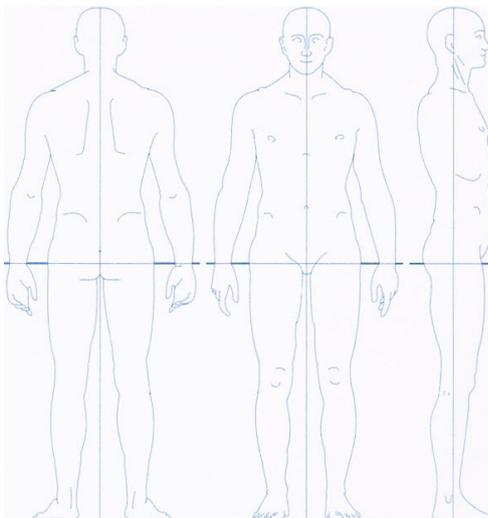
Name:

Vorname:

Geb.Dat.:

Was ist der Grund für Ihren Besuch? Welche Beschwerden haben Sie?

In welchen Bereichen haben Sie die Beschwerden?



Wodurch wurden diese Beschwerden ausgelöst?

(z.B. Sturz, Unfall, schwere Erkrankung, etc.)

Wie äußern sich die Beschwerden?

(z.B. Brennen, Stiche, Taubheit, Kälte, Kribbeln, Ziehen, etc.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?  
(Arbeit, Schlafen, Tageszeitabhängig, Stress, etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?  
(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Tätigkeiten, etc.)

Wie lassen sich die Beschwerden lindern?  
(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, etc.)

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit?  
(Wenn ja, woran und seit wann?)

Hatten Sie schwere Unfälle, starke Verletzungen, Operationen oder/und Krankenhausaufenthalte?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?  
(Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Herzmedikamente, Insulin, Schmerzmittel, gegen Sodbrennen, etc.)

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Wie ist Ihr Schlaf? Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Fühlen Sie sich leistungsfähig?

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen?  
(z.B. Knirschen, Wurzelbehandlungen, Parodontose)

Haben Sie Verdauungsbeschwerden?  
(z.B. Verstopfung, Durchfälle, Blähungen, Sodbrennen, Nahrungsunverträglichkeiten, etc.)

Wie ist ihre Ernährung?  
Was essen Sie in der Regel zum Frühstück:  
Was essen Sie in der Regel zu Mittag:  
Was essen Sie in der Regel zu Abend:  
Was essen Sie zwischendurch:

Trinken Sie genug? Ja, ca. \_\_\_\_ Liter    Nein, nur ca. \_\_\_\_ Liter  
Was trinken Sie überwiegend?

Welche chronische Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie, der Eltern und naher Verwandten?  
(z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Darm etc.)

Leiden Sie unter starkem Gewichtsverlust?

Was ist Ihre berufliche Tätigkeit:

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie häufig und wie viel?

Treiben sie Sport? Wenn ja, welchen und wie häufig?

Für Frauen:

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

Wie haben Sie entbunden?

Gab es Probleme während der Schwangerschaft?

Welches Ziel möchten Sie mit der Behandlung erreichen und woran werden Sie dies im Alltag merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

Haben Sie noch Fragen oder Bemerkungen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!