



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name

Vorname

geb.

PLZ und Wohnort

Straße.....

Beruf

Familienstand

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde, wegen der die Praxis aufgesucht wird:

Was? (freie Schilderung)

Wo? (Lokalisation)

Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz), Schmerzintensität:

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

Medikamenteneinnahme	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	
Welche Nahrungsergänzungsmittel?	
Familienanamnese	
Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Soziale Anamnese	
Haben Sie Freunde?	
Sind Sie gut in Ihrer Familie integriert?	
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?	
Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt?	
Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?	
Allgemeine Lebensführung	
Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol?	
Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensjahr rauchen Sie?	
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?	
Ist Ihr Schlaf erholsam? Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen? Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	
Haben sie große Sorgen? Sind Sie nervös?	
Leiden Sie unter psychischen Problemen?	
Haben Sie auffallend viel Durst?	
Leiden sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	

Allergien	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?	
Bestehen Allergien oder Nahrungsergänzungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose etc.?	
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	
Kopfbereich	
Leiden Sie unter Schwindel?	
Ohnmachtsanfällen?	
Epileptischen Anfällen?	
Kopfschmerzen?	
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	
Ohrenschmerzen?	
Fließt manchmal Sekret aus dem Ohr?	
Haben sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	
Leiden Sie unter Haarausfall?	
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	
Halsbereich	
Haben Sie Halsschmerzen bzw. Schmerzen beim Schlucken?	
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange schon?	

Brustbereich	
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	
Leiden Sie unter Atemnot?	
Asthma-Bronchiale Anfälle?	
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	
Bauchbereich	
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	
Verspüren Sie seit neustem eine Abneigung gegen Fleisch?	
Leiden Sie unter Übelkeit und Erbrechen?	
Sodbrennen?	
Haben Sie Beschwerden bei Absetzen des Stuhls wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhls aufgefallen?	
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	
Halsbereich	
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	
Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	

Beine und Füße	
Leiden Sie unter Krampfadern?	
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehenbleiben?	
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	
Schmerzen in der Hüfte, den Knien, den Fußgelenken?	
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	
Harn- und Geschlechtsorgane	
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	
Schmerzen beim Wasserlassen?	
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	
Haben Sie Schwierigkeiten, den Urin willentlich zurückzuhalten?	
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	

Gynäkologische Anamnese der Frau	
In welchem Alter trat die 1. Regelblutung auf?	
Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause)	
Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? Welche?	
Wie lange ist die Zyklusdauer?	
Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal, stark, sehr stark)	
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	
Haut	
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	
Hautjucken?	
Treten seit neustem schnell blaue Flecken auf?	
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	
Sonstiges	