

## Anamnesefragebogen

Name:
Vorname:
Anschrift:
Telefon:
Geburtsdatum:
Familienstand:
Kinder:
Beruf:

Wer hat uns empfohlen?

Hausarzt:

Körpergewicht:                      kg                      Körpergröße:                      cm

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden:

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer\_\_mehrmals am Tag\_\_seltener\_\_wöchentlich\_\_

Wann haben Sie die Schmerzen?

in Ruhe\_\_amTag\_\_im Liegen\_\_nach dem Essen\_\_nachts\_\_bei Belastung\_\_beim Aufstehen\_\_

Wie sind die Schmerzen?

ziehend\_\_stechend\_\_krampfend\_\_  
bohrend\_\_klopfend\_\_reißend\_\_dumpf\_\_

brennend\_\_ drückend\_\_ kolikartig \_\_beengend\_\_

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

Bewegung\_\_ Ruhe\_\_ Wärme\_\_ Kälte\_\_

Zusätzliche Symptome zum Schmerz?

Hautrötung\_\_ Schwellung\_\_ Taubheitsgefühl\_\_ Kribbeln\_\_

Seh- oder Hörstörungen \_\_ Koordinationsstörungen\_\_ Bewegungseinschränkung\_\_

Berührungsempfindlichkeit „Ameisenlaufen“\_\_ Schweißbildung\_\_

Gangunsicherheit \_\_ Muskelschwäche\_\_ Schwindel\_\_

Bisherige Therapien:

Hatten Sie Unfälle?

Bekannte Erkrankungen:

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?

Verstopfung\_\_ Blähungen\_\_ Durchfall\_\_

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

Gehirn \_\_ Lunge \_\_ Leber\_\_ Nieren\_\_

Nervensystem\_\_ Magen-Darm-Trakt\_\_ Bauchspeicheldrüse\_\_

Herz\_\_ Schilddrüse \_\_ Galle\_\_ Gebärmutter\_\_

Leiden Sie unter:

Schlafstörungen\_\_ Leistungsabfall\_\_ einem nervösen Magen\_\_

Konzentrationsschwäche\_\_ Gereiztheit\_\_ Stimmungsschwankungen\_\_

dauerhaftem Stress\_\_Unruhe\_\_  
anderen Problemen:

---

---

---

Rauchen Sie? ja\_\_nein\_\_Wieviel?\_\_

Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

Besondere Probleme / Komplikationen bei Schwangerschaft/en und Geburt/en?

---

---

---

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?  
Welche:

---

---

Operationen:  
Welche:

---

---

---

Platz für Ergänzungen:

---

---

---

---

---

---