

ANAMNESEBOGEN

1 Persönliche Angaben

männlich weiblich divers

Vorname

Nachname

PLZ + Ort

Strasse und Hausnummer

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Größe in cm

Gewicht in kg

Krankenversicherung / Zusatzversicherung / Beihilfe

2 Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie **aktuell** ein?

Name des Medikaments

Dosis

Einnahme seit...

Welche Medikamente haben Sie **früher** über einen **längeren Zeitraum** eingenommen?

Name des Medikaments

Einnahme von (Mon./Jahr)

Einnahme bis (Mon./Jahr)

Antibiotika-Einnahme

Wurden in den vergangenen Jahren Antibiotika eingenommen? nein ja

Wichtig: Wenn ja, **welche** (bitte beim Arzt nachfragen!) und wie häufig?

Name des Medikaments

Dosis

Einnahmedauer

3

Nahrungsergänzungsmittel

Nahrungsergänzungsmittel

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? nein ja

Name des Nahrungsergänzungsmittel

Dosis

Einnahmedauer

4

Aktuelle Beschwerden

Haben Sie aktuell **Schmerzen**?

nein ja

Art der Schmerzen (ziehend, dumpf, brennend, stechend etc.)

Haben Sie aktuell **Sensibilitätsstörungen**?

nein ja

Art der Missempfindungen / Parästhesien (z.B. Kribbeln, „Ameisenlaufen“ etc.)

Leiden Sie an **Einschränkungen der Beweglichkeit**?

nein ja

Art der Einschränkung

Wo genau haben Sie die Symptome?

Seit wann haben Sie die Symptome?

Wann und wie häufig treten die Symptome auf?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Wie begannen die Symptome? (plötzlich, schleichend)

Sind Ihnen Ursachen / Auslöser bekannt?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

5 Frühere Beschwerden

Hatten Sie früher **Schmerzen**?

nein ja

Art der Schmerzen (ziehend, dumpf, brennend, stechend etc.)

Hatten Sie **Sensibilitätsstörungen**?

nein ja

Art der Missempfindungen / Parästhesien (z.B. Kribbeln, „Ameisenlaufen“ etc.)

Gab es **Einschränkungen der Beweglichkeit**?

nein ja

Art der Einschränkung

Wo genau hatten Sie die Symptome?

Wann hatten Sie die Symptome?

Wie begannen die Symptome? (plötzlich, schleichend)

Wann und wie häufig traten die Symptome auf?

Sind Ihnen Ursachen / Auslöser bekannt?

Was linderte Ihre Beschwerden?

Was verstärkte Ihre Beschwerden?

6 Frühere Erkrankungen

7 Trauma

Operationen

Bitte Art der Operation(en) sowie Monat + Jahr angeben

- Stürze (ausgerutscht, Treppe, Fahrrad, Pferd, ...)
- Knochenbrüche
- Bandscheibenvorfälle
- Geburt(en)

- Unfälle (Autounfälle, Arbeitsunfälle, Sportunfälle, ...)
- Auf Steißbein gestürzt
- Schlimme Situationen erlebt
- Ästhetische Operationen

8

Störfelder

Narben / Verwachsungen etc.

Zähne: Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Implantate etc.

9

Psychische Verfassung

z.B. hohe Stressbelastung, Depressionen etc.

10

Vegetative Anamnese

Schlaf (Einschlafen / Durchschlafen)

Appetit

Durst / Trinkverhalten (wie viel stilles Wasser trinken Sie pro Tag, welche sonstigen Getränke)

Ernährung (normal, vegetarisch, glutenfrei etc.)

11

Organe

Herz / Kreislauf

Belastbarkeit, Herzrhythmusstörungen, Brustkorbschmerzen, Ödeme etc.

Magen / Darm

Sodbrennen / Reflux
Übelkeit
Bauchschmerzen
Nahrungsmittel-
unverträglichkeiten

nein
 nein
 nein
 nein

selten
 selten
 selten
 selten

häufig
 häufig
 häufig
 häufig

ständig
 ständig
 ständig
 ständig

Stuhlgang

Frequenz, Beschaffenheit

Atmung

Chronische Atemwegsstörungen, Nebenhöhlen, Husten, Asthma, COPD etc.

Meine Atmung ist

leicht / tief flach / kurzatmig

Leber

bekannte Leberprobleme

Galle

bekannte Gallenprobleme, Gallensteine etc.

Niere

bekannte Nierenprobleme, Nierensteine, Entzündungen etc.

12

Gynäkologische Anamnese

Menstruation

Meine Menstruation habe ich
Menstruations-Schmerzen
Menstruations-Dauer
Wechseljahrsbeschwerden

regelmäßig
 gering
 eher kurz
 gering

unregelmäßig
 normal
 normal
 normal

gar nicht
 stark
 eher lang
 stark

Schwangerschaften

Anzahl Geburten

Anzahl Kaiserschnitte

Anzahl Dammrisse/Schnitte

Art der Verhütung (Pille, Hormonspirale etc.)

13

Genussmittel

Zucker / Süßigkeiten
Nikotin
Alkohol
Drogen

nein
 nein
 nein
 nein

manchmal
 manchmal
 manchmal
 manchmal

regelmäßig
 regelmäßig
 regelmäßig
 regelmäßig

sehr häufig
 sehr häufig
 sehr häufig
 sehr häufig

14

Sozialanamnese

Familiäre Situation (harmonisch, Stressquelle)

Aktuelle / frühere berufliche Tätigkeiten

15 Temperatur

Hände & Füße keine Auffälligkeiten oft kalte Hände/Füße oft heiße Hände / Füße

16 Immunsystem

Infektanfälligkeit selten normal häufig

17 Kiefer

Kieferorthopädische Maßnahmen nein ja
Zähne knirschen, Beißen nein ja

18 Bewegung / Sport

Sportarten (wie häufig, wie intensiv?)

Bewegung (z.B. Spazieren gehen, Yoga, Joggen, Walken etc.)

Machen Sie EMS-Training nein ja
(Elektro-Myo-Stimulation)

19 Bisherige Therapien

Art der Therapie

Erfolg bisher

Art der Therapie

Erfolg bisher

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Babett Wagner München, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift

Den Anamnesebogen bitte in der Praxis abgeben.