

Anamnese - Bogen

Patient:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon

e-mail:

Familiestand:

verheiratet, ledig, geschieden, getrennt lebend, in fester Partnerschaft

Beruf:

1. Hauptgrund des Besuches

Seit wann?

2. Auslöser unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden?

Erkrankung?

Kummer?

Trauer?

--	--	--

Schreck?

Operation?

3. Wann und Wie treten ihre Beschwerden auf?

Wann? (Tageszeit) _____

(Jahreszeit) _____

Immer?

Zeitweilig?

Wetter abhängig?

Kälte , Nässe , Feuchtigkeit , Hitze , Wind , Zugluft , Sturm , Sonne

Extremtemperaturen

Wodurch besser? _____

Wodurch schlechter? _____

Welche Therapien haben Sie schon unternommen?

Wie ertragen Sie Wärme?/Kälte

Bettwärme _____

Zimmerwärme _____

Kleidung _____

Wie ertragen Sie einen Tag **ohne** frische Luft?

Organbezogene Ereignisse und Beschwerden

4. Kopfbereich

Seit wann ?

Wie oft?

Kopfschmerzen _____

Spannungskopfschmerz

Migräne

Auslöser: _____

Nahrungsmittel abhängig?

Trigeminusneuralgien

Fascialislähmungen

Unfall:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schleudertrauma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
OP	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Augen:

Conjunctivitiden (Bindehautentzündungen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Iritis (Regenbogenhautentzündung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere Entzündungen am Auge?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Brille seit: _____

Trockenes Auge ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------------------	-------------------------------

sonstige Beschwerden? wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

OP?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----	-----------------------------	-------------------------------

Verletzung ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
regelm.Kontrolluntersuchungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Augennendruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Glaukom (Grüner Star)		
Katarakt (Grauer Star)		

Ohren:

Otitis media (Mittelohrentzündungen als Kind als Erwachsener)	Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Tympanoplastik,		
Schwerhörigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hörgerät	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tinnitus (Ohr Geräusche)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Ohr re / Ohr li ,	
Hörsturz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwindel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wind-/ Kälteempfindlichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Zähne:

Gebiß kompl. 32 Zähne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wieviel Zähne gezogen?

Zahnersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kronen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Brücken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stiftzähne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Implantate	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Amalgam	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Oder andere Füllungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja seit wann?

wann entfernt?

Zahnwurzelbehandlunge	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurzelspitzenresektionen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige OP /Unfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nase:

Recidivierende Sinusitiden (Neben-/Kieferhöhlenentzündungen)? Ja Nein

Wie häufig? _____

Allergische Rhinitis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Welcher Auslöser? _____

Behinderte Nasenatmung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
durch Nasenscheidewandverkrümmung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Polypenbildung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

OP?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----	-----------------------------	-------------------------------

Eröffnung d. Keilbein-/Siebbeinhöhle=Sellare Trepanation?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

Sekret?

Glaskig <input type="checkbox"/> ,	grün <input type="checkbox"/> ,	gelblich <input type="checkbox"/> ,	blutig <input type="checkbox"/>	flüssig <input type="checkbox"/> ,	zäh <input type="checkbox"/> ?
------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Trockene Schleimhäute?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Borkenbildung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
----------------	-----------------------------	-------------------------------

5. Hals/Mandeln/Rachen/Kehlkopf

Chron. rec. Tonsillitiden (Mandelentzündungen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Als Kind / Erwachsener?,	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wie häufig? _____

Tonsillektomiie (Mandelentfernung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

wann.....?

Häufige Heiserkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------	-------------------------------

Häufiges Räuspern?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

Laryngoskopie (Kehlkopfspiegelung)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

6. Bronchien/Lunge:

Chron. rec. Bronchitiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Als Kind / Erwachsener?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------	-----------------------------	-------------------------------

Wann?	Morgens <input type="checkbox"/> ,	nachts <input type="checkbox"/> ,	immer <input type="checkbox"/>
-------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Kitzelhusten,	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---------------	-----------------------------	-------------------------------

Reizhusten Ja Nein
produktiv, Farbe/Konsistenz des Sputums..
Glasig, grün, gelblich, blutig flüssig, zäh?.....

Asthma; Verschlechterung durch
Pneumonien? wann

Tuberkulose?

als Kind Pseudokrapp?

Bronchoskopie?

Rauchen? Wieviel? Seit wann?

7. Rücken:

HWS-Syndrom,

BWS-Syndrom? Blockaden

Periarthritis humeroscapularis

LWS-Syndrom,

Lumbalgien, Ischialgien,

Bandscheibenprolaps,

OP

Traumen

M. Scheuermann,

M. Bechterew,

Osteoporose,

Welche Behandlungen.....?

Bewegung verbessert / verschlechtert,

8. Obere Extremitäten:

Schulter-Arm-Syndrom,

Epicondylitis,

Tendovaginitis re / li,

Dupuytrensche Kontraktur re / li,

Verletzungen

Parästhesien,

kalte Finger (Durchblutungsstörungen)

10. Untere Extremitäten:

Coxarthrose re / li,

Gonarthrose re / li,

Bursitiden

Menisken

Bänder.....

Gynäkologischer Bereich. Bereich:

1. Menses mit Jahren,
Blutungsdauer: normal, lang,/d,
Stärke der Blutung: normal, stark, schwach, ,
Farbe.
Konsistenz
Zyklusdauer Tage,
-Schmerzen.: Spasmen PMS Fluor albus

2. Menopause seit:

3. Geburten: wieviel?

wann:..... normale/schwierige Geburt:

.....Fehlgeburten:

4. Aborte:

5. Spannungen / Knoten in den Brüsten, (regelmäßiges Abtasten)

Endometriose?

Abrasio?

Ops?

Eierstockentzündungen,

Zysten

Tumore, Myome

Regelmäßige Vorsorge?

Klimakterische Beschwerden? * **S.** Ängste, Depressionen

Prostata:

Orchitis re / li,

Prostatahyperplasie/-trophie

Miktionsbeschwerden

Regelmäßige Vorsorge

13. Körperorgane

Schilddrüse/Nebenschilddrüse

Hyperthyreose, Hypothyreose,

Struma welchen Grades.....,

kalte / warme Knoten ,

Globusgefühl,,

andere Erkrankungen:

medikamentöse Substitution: Jod, Hormone

andere endokrine Erkrankungen der Nebennieren/Hypophyse

Herz/Kreislauf/Gefäße

Hypertonie
Hypotonie
Tachykardie,
Bradykardie,
Arrhythmien,
Angina Pectoris-
Druckgefühl im Herzbereich, Beklemmungen,
Verschlimmerung durch Kälte (Nitro - Spray),
Herzinfarkt,.....
OP
 Bypass,
 Balondilatation (mit Stent),
 Herzschrittmacher
 Klappenersatz
Aneurysmen,Gefäßprothese,
Arteriosklerose,

Leber/Galle

Hepatitis A / B / C.....andere,
Leberzirrhose,
Fettunverträglichkeit, Hyperlipidämie
Cholezystitis
Operation
Gerinnungsstörungen

Magen:

Sodbrennen,
Gastritis,
Ulcera,
Nahrungsmittelintoleranz.....,
Nüchternschmerzen, postprandiale Schmerzen,
Übelkeit,
Erbrechen
Operationen....,
Gastroskopie

Pankreas

Pankreatitis,
Pankreasinsuffizienz : Diabetes I seit: Diabete II seit:
Tumoren
OPs

Milz:

Ruptur, Operation

Darm:

Verdauung: wie häufig:

Welche Konsistenz?

Welche Farbe

Besonderheiten bei der Entleerung?

Obstipation,
Diarrhoe ohne / mit Blut- und oder Schleimbeimengung,
wechselnde Stühle,
Meteorismus,
Laxantien?
Häufige Darminfektionen?
Divertikel, Divertikulitis.....
andere Entzündungen
Hämorrhoiden,
Polypen
Untersuchungen: Rektoskopie/Coloskopie
Röntgenkontrasteinlauf.....
OPs

14. Speisen/Getränke

Appetit normal, gut, wenig,

wieviel Mahlzeiten am Tag:

Lebensmittelunverträglichkeiten:

Fette,
Eiweiße,
Getreide,
Milch,
Alkohol
Kaffee
Gemüse
Obst
Gewürze

Vorliebe bzw.Heißhunger auf: ,,,,,,,,süße/
saure –
pikante Lebensmittel

Abneigung gegen Speisen

Durst: normal,
kaum vorhanden,
übermäßig

nachts

Trinkmenge pro Tag:

Kaffee Tee, Alkohol Wasser etc.

Täglicher Speiseplan:

16. Schlaf

wann zu Bett?

Wann aufstehen?

Einschlafstörungen,

Durchschlafstörungen,

Schlafbedürfnish/d,

Schlafstellung

Bauch, Rücken, Seite

Kopf erhöht, erniedrigt

morgens ausgeschlafen,

Träume/Alpträume,

Reden, schreien, weinen, lachen, m. Zähnen knirschen

Hochschrecken

Mit offenen Augen/Mund

Nachtschweiß (wieviel?, Schlafanzug wechseln?)

17. Allgemeines:

Hobbys:

Sport:

Vorlieben/Abneigungen: Meer, Berge, Wald
Enge Kleidung, Gürtel

Ängste

v. Tieren, Gewitter, Einbrechern, Höhe, Fallen, Alleinsein, Verstand zu verlieren, Nacht, Zukunft, Krankheit, Tod Konflikte,

Schuldgefühle (Altlasten),

Beziehungsprobleme

Eifersucht

Depressionen

Medikamenteneinnahme zur Zeit:

Schmerzmittel

Cortison

Beta-Blocker

Marcumar

Vitamine

Homöopathische M.

18. Familienanamnese

Vater

Mutter

Geschwister

Großeltern

19. Impfungen

Diphtherie, Grippe, Hepatitis A / B, Masern, Mumps, Pertussis, Pocken, Polio, HIB Tetanus,
TropenimpfungenTuberkulose, Typhus Zecken;
Reaktionen?

20. Infektionskrankheiten?

Borreliose, Diphtherie, Hepatitis (A,B;C;D,E), Herpes Zoster, Masern, Mononucleose, Mumps, Pertussis,
Polio, Röteln, Scharlach oder andere Streptokokkeninfektionen Tropenerkrankungen:
Tuberkulose, Windpocken,
Parasitäre Erkrankungen?

Behandlung: Antibiose?.....Alternative?.....