

Anamnese-Fragebogen

doris jedkowiak | sachsentor 1 | 21029 hamburg | 040-7200 8250

Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. privat	_____
Straße	_____	Tel. Job	_____
PLZ/Ort	_____	FAX	_____
Beruf	_____	e-mail	_____
Empfehlung durch	_____	Familienstand/Kinder	_____

Versicherung gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post Privatversicherung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister:

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Welche Auffrischimpfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Zecken usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten usw.

Haben Sie Allergien?

Pollen/wann?

Lebensmittel

sonstige

Kopf

Kopfschmerzen häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links, rechts, doppelseitig.

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, grauer Star

Ohren links / rechts Tinnitus seit....., Schwerhörigkeit seit.....

Zähne/Kiefer Wurde Amalgam entfernt? ja nein
Wurde eine Amalgamausleitung gemacht ja nein
Füllungen Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operation, Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Atmung

Mandeln Operation, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

Leber Entzündung, Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen-Darm Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien
 Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen

Stuhlgang täglich, Verstopfung, Durchfall, Konsistenz.....

Rücken – Arme – Beine – Haut

Arme Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Rheuma

Haut/Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze

Narben nein
 ja / wo

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Tumore, Fehlgeburten, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten

Verhütungsmittel welches.....

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden

Prostata vergrößert, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Allgemeines

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

.....

.....

Treiben Sie Sport? ja / Sportart.....
 nein

Körpergewicht **Körpergröße**

Blutgruppe **Blutdruck**

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

Schlafzeit von bis

Ernährung

Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigungen gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Alkohol

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Falls ja, welche?

Trinken Wie viel trinken Sie pro Tag? Liter

Was trinken Sie?

Meine Ernährungsgewohnheiten

Morgens

Mittags

Abends

Nachts

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte Beipackzettel mitbringen.
Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.