

Anamnese für Ihre Behandlung

Persönliche Daten

weiblich männlich divers

Name:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Tel. priv.:	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Körpergröße:	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Kinder:	<input type="text"/>	Empfohlen von:	<input type="text"/>

Versicherung: Beihilfe Heilpraktiker Zusatzversicherung Privat

Aktuelle Beschwerden

Aktuelle Beschwerden – Wie äußern sie sich?

Seit wann bestehen die Schmerzen? Wie oft?

Schmerzcharakter:

Stechend Brennend Dumpf Hell Ausstrahlend Ziehend Krampfartig
 Reißend Bohrend Andere:

Schmerzstärke (0 = keine – 10 = stärkste Schmerzen):

Schmerzen treten auf bei:

In Ruhe Nachts Tagsüber Wärme Kälte Andere:

Besserung bei:

Kälte Wärme Stress Ruhe Schlaf Essen Haltung Bewegung
 Medikament Andere:

Verschlechterung bei:

Kälte Wärme Stress Ruhe Schlaf Hunger Haltung Bewegung
 Langem Sitzen Langem Gehen Nahrungsmittel Husten Niesen

Andere:



Gesundheitszustand in der Vorgeschichte

1 = nein/nie | 2 = leicht/gelegentlich | 3 = stärker/häufig | 4 = ausgeprägt/ständig

Kopf – Ohr – Augen – Mund	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgepr. Ständig
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nase verstopft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzsichtigkeit / Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppeltes / verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne knirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannter Kiefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kopfschmerzen – Wenn ja, wo, wie und wie oft?

Zahnbehandlungen? (Füllungen / Kronen / Brücken / Wurzelbehandlung / Lücken / Implantate / andere)

Operationen / Verletzungen / Erkrankungen in diesem Bereich? Welche, wann?

Hals	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgepr. Ständig
Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältung (bis 3x im Jahr normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen Über-/Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Operationen / Verletzungen / Erkrankungen in diesem Bereich? Welche, wann?

Brustkorb – Lunge – Herz – Blutgefäße	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Probleme / Schmerzen beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in Ruhe / nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl / Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalte Hände / Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgedunsen fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niedriger / hoher Blutdruck: Nein Ja Letzte Messung:

Blutgerinnungsstörungen: Nein Ja Erblich? Medikamente?

Herzkrankheiten: Nein Ja Welche?

Schlaganfall: Nein Ja Wie viele?

Operationen / Verletzungen / Erkrankungen in diesem Bereich? Welche, wann?

Wirbelsäule – Extremitäten – Muskeln	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstrahlungen in die Arme / Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulterprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen zwischen den Schulterblättern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lendenwirbelsäulenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Steißbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hüftprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstrahlungen ins Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörungen in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Steifigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Operationen / Verletzungen / Erkrankungen in diesem Bereich? Welche, wann?

Bauch – Verdauungsorgane	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Bauchkrämpfe / Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl / Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstoßen / Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl im Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Stuhl nicht halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl, nicht fertig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhlbeschaffenheit (wohl geformt / breiig / weich / wässrig / hart / mit Blut / andere):

Ernährung

Wie ernähren Sie sich überwiegend? (1=selten 2=manchmal 3=häufig 4=täglich)	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Kohlenhydrate: Brot / Nudeln / Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten / Kuchen / Naschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ballaststoffe: Gemüse / Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Proteine: Fleisch / Sojaprodukte / Ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte: Joghurt / Sahne / Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit nach dem Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?

Auf welche Nahrungsmittel können Sie schwer verzichten?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Nieren – Harnleiter	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Nierenentzündung / Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrt nächtlicher Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig / vermehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dunkler / schaumiger Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz (Drang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Operationen / Verletzungen / Erkrankungen in diesem Bereich? Welche, wann?

Frauenheilkunde	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Unregelmäßige Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhafte Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke / schwache Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prämenstruelles Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zystenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Einnahme von Hormonen / Verhütungsmitteln? Welche, wann?

Schwangerschaften / Abbrüche? Welche, wann?

Operationen / Verletzungen / Erkrankungen des Unterleibs? Welche, wann?

Haut	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Ekzem / Ausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnell blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jucken / Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spröde Fingernägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall / Spröde Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilz / Warzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befinden	1	2	3	4
	Nein Nie	Leicht Gel.	Stärker Häufig	Ausgeg. Ständig
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit privat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit beruflich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetit vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollte Zunahme / Abnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durst vermindert / vermehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensstil

Wieviel Liter am Tag trinken Sie und was?



Kaffee / Tee: Nein Ja Wieviel pro Tag?

Alkohol: Nein Ja Wieviel pro Tag / Woche / Monat?

Rauchen: Nein Ja Wieviel pro Tag / Woche / Monat?

Sport: Nein Ja Wieviel pro Woche, was?

Schlafstörungen: Nein Ja Ein- / Durchschlafschwierigkeiten?

Morgens fit: Nein Ja Wann müde?

Grund- und Vorerkrankungen

Lebererkrankung: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Gallensteine: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Fettstoffwechselstörung: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Diabetes: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Cholesterin zu hoch: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Gicht: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Rheuma: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Osteoporose: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Tumorerkrankungen: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Ansteckende Krankheiten: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Kinderkrankheiten: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Impfungen: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Wichtige Lebensereignisse / Operationen / Unfälle

z.B. Scheidung / Arbeitsverlust / Reise / Verletzungen / Unfälle

Alter: <input type="text"/>	Was? <input type="text"/>	Folgen: <input type="text"/>
Alter: <input type="text"/>	Was? <input type="text"/>	Folgen: <input type="text"/>
Alter: <input type="text"/>	Was? <input type="text"/>	Folgen: <input type="text"/>
Alter: <input type="text"/>	Was? <input type="text"/>	Folgen: <input type="text"/>

Allergien und Unverträglichkeiten

Allergien – Welche? (Heuschnupfen / Penicillin / Metalle / Tierhaare / Hausstaub / andere)

Nahrungsmittelunverträglichkeiten – Welche? (Fruchtzucker / Milchzucker / Getreide / andere)

Medikamente



Aktuelle Medikamente – Was, Dosierung, seit wann?

Längerfristig eingenommene Medikamente und warum? (Cortison / Schmerzmittel / Blutdrucksenker / Beruhigungsmittel / Betablocker)

Wann zuletzt Antibiotika eingenommen und wofür?

Nahrungsergänzungsmittel – Welche?

Implantate: Nein Ja Welche? Wo?

Zu guter Letzt

Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Erbliche Erkrankungen in der Familie? Wer? (Herz / Rheuma / Diabetes / Krebs / Asthma / Allergien / andere)

Befinden Sie sich in ärztlicher / therapeutischer Behandlung? Name des Arztes / Therapeuten:

Ort:

Datum:

Unterschrift:

