

Anamnesefragebogen

Heilpraxis Thiele | Kirchheimer Str. 42 | 70619 Stuttgart | 0711-16 222 44

Name		Geburtstag	
Vorname		Tel. privat	
Straße		Tel. beruflich	
PLZ Ort		Mobil	
Berufliche Tätigkeit		E-Mail	
Kinder (Anzahl)?		Familienstand	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Krankenversicherung: Gesetzlich, Privat, Beihilfe/Post, Selbstzahler*in,
 Zusatzversicherung. **Name der Krankenkasse:**

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bitte nehmen Sie sich hierfür ausreichend Zeit.

Nennen Sie die drei wichtigsten Ziele zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes:

1.

2.

3.

Allgemeine Angaben

Körpergewicht		Körpergröße	
Blutgruppe		Blutdruck / Puls	
Trinken Sie Alkohol?		Rauchen Sie?	

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viele Liter und was trinken Sie pro 24h?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Treiben Sie Sport? Wenn ja – welchen und seit wann?

Wann gehen Sie in der Regel schlafen?

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt?

Wie ist Ihr Schlaf?

Schlaflosigkeit: , häufiges Erwachen (Uhrzeit):
Einschlafschwierigkeiten , Sprechen im Schlaf , Unruhe in den Beinen ,
Nachtschweiß , heiße Füße, Zähneknirschen , weitere Anmerkungen zu Ihrem Schlaf:

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

Diagnostizierte Erkrankung (falls zutreffend ausfüllen):

Akute Beschwerden:

Chronische Beschwerden:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern , Mumps , Röteln , Keuchhusten , Windpocken , Scharlach , Tetanus , Kinderlähmung (Polio) , Malaria , Salmonellose , Ruhr , Pfeiffersches Drüsenfieber , Gonorrhoe (Tripper) , Syphilis , Tropenkrankheiten , Tuberkulose , weitere:

Welche anderen Erkrankungen und Operationen haben Sie durchgemacht?

Was ist unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden geschehen?

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

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister...

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

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Keine

Z.B. Tuberkulose (BCG) , Polio (Kinderlähmung) , Diphtherie , Tetanus , Hepatitis , Cholera , Gelbfieber , Pocken , Grippe , Zecken , Covid 19 , weitere:

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen usw.:

Allergien

Haben Sie Allergien? Nein

Ja , gegen:

Pollen, welche:

Lebensmittel, welche:

andere Stoffe, welche:

Kopf

Kopfschmerzen? Nein

Ja: selten , häufig , Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion , morgens , abends , doppelseitig , halbseitig links , halbseitig rechts , andere Formen:

Haarausfall? Nein

Ja, kreisrunder , diffuser , andere Formen:
seit wann?

Augenbeschwerden? Nein

Ja: oft Bindehautentzündung , kurzsichtig , weitsichtig , Grauer Star , Makuladegeneration , andere Beschwerden:

Ohrenbeschwerden? Nein

Ja: links , rechts , Tinnitus , seit:
Schwerhörigkeit , seit:
andere Beschwerden:

Zähne & Kiefer?

Amalgamfüllungen: Nein

Ja , entfernt? Nein , ja , wenn ja: wurde eine Ausleitung durchgeführt? Ja , nein
, weitere Zahnfüllmaterialien: Kunststoff , Gold , Keramik , weitere Beschwerden im Bereich Zähne, Kiefer und Mund:

Nase?

Operation nein , ja - welche?

häufige Nasennebenhöhlenentzündungen , behinderte Nasenatmung , Nase häufig verstopft

Hals & Rachen?

Mandelentfernung/Operation: nein , ja , häufig Mandelentzündung als Kind und/oder heute

Schilddrüse: Überfunktion , Unterfunktion , Vergrößerung , Knoten , Operation:

Brust und Bauch

Herz

Stechen , Druckgefühl , Rhythmusstörungen , Infarkt , Beklemmungen , Herzrasen , Vorhofflimmern , weitere Beschwerden:

Lunge

Bronchitis , häufig Husten , Asthma , Atemnot
weitere Beschwerden:

Leber

Entzündung – Hepatitis , Fettleber
sonstige Beschwerden:

Galle

Steine , Koliken , Operation , Druck im Oberbauch , Fettunverträglichkeit

Magen

Völlegfühl , Gastritis , Appetitlosigkeit , Nahrungsmittelallergien: , weitere Beschwerden:

Darm

Infektionen , Hämorrhoiden , Blinddarmoperation , Blähungen ,
mit Geruch nach:
weitere Beschwerden:

Stuhlgang

Täglich , jeden 2., 3., 4. Tag , unregelmäßig , riecht nach:

Neigung zu Verstopfung , Neigung zu Durchfall , Konsistenz: schnittfest , hart ,
knollig , weich , schmierig , fettig , klebrig , Stuhl hell , Stuhl dunkel , Stuhl
übelriechend , kann Stuhl nicht halten , Gefühl, nicht fertig zu werden , ggf. weitere
Auffälligkeiten:

Rücken, Arme, Beine und Haut

Arme / Schulter

Verletzungen , Schmerzen , Tennisellenbogen , Kribbeln , kalte Hände, weitere Beschwerden:

Beine

Verletzungen , Schmerzen , Krampfadern , Operationen , kalte Füße , Kribbeln ,
Taubheitsgefühle, weitere Beschwerden:

Rücken

Beweglichkeit eingeschränkt , Verspannungen , Belastungen , Rheuma , weitere Beschwerden:

Haut / Nägel

Verbrennungen , Geschwüre , Hautjucken , Warzen , Pilze , eingewachsene Nägel , Nagelbettentzündungen , weitere Beschwerden:

Narben

Haben Sie durch Verletzungen / Operationen Narben? Nein , ja (bitte bei Ihrem Besuch unbedingt vorzeigen)

Unterleib / Gynäkologie

Gynäkologische Beschwerden

Ausfluss , Eierstockentzündung , Fehlgeburt/en , Abtreibung/en , Ausschabung/en , Tumore , Zysten , Myome , Geschlechtskrankheiten (welche):
weitere Beschwerden:

Menstruation

Wann hatten Sie Ihre erste Blutung? _____, wann die letzte (ggf.)?
Beschwerden vor , bei , und nach der Regel, welche:
Klimakterische Beschwerden:

Nehmen Sie Verhütungsmittel?

Nein , ja, welche:

Prostata

Vergrößert , Entzündung jetzt , Entzündung gehabt , Beschwerden beim Wasserlassen, welche:

Niere / Blase

Nierensteine , Entzündungen (häufig) ,
weitere Beschwerden:

Harn

Viel , wenig , häufig , nicht einhalten können , Geruch nach:

Sexualität / Libido

Vermindert , verstärkt , unbefriedigt ,
Beschwerden beim Geschlechtsverkehr:

Schmerzfragen

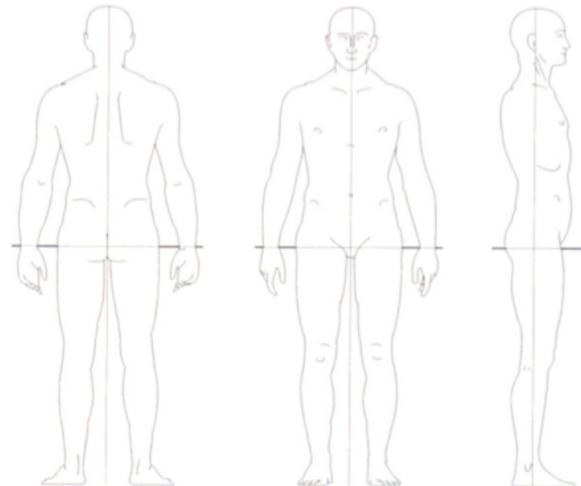
Wo treten die Schmerzen auf?

Bitte in der Illustration kennzeichnen:

Kreis = punktförmiger Schmerz

Linie = unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil = ausstrahlende Schmerzen



Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Wie ist das Schmerzempfinden?

Ziehend , brennend , stechend , klopfend , drückend , kolikartig , krampfend , dumpf , beengend , bohrend ,

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, gehen, Stress, Kälte, Wärme,

Nahrungsmittel, Husten, Niesen,

Tageszeit:

Wetterlage, welche:

Menstruation ,

weiteres:

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe , Schlaf , Bewegung , Kälte , Wärme , Sport , Schmerzmittel ,

weitere Ereignisse:

Begleitsymptome zum Schmerz

Hautrötung , Blässe , Schwellung , Berührungsempfindlichkeit , Schweißbildung

, Seh- oder Hörstörungen , Gangunsicherheit , Muskelschwäche , Müdigkeit ,

Schwindel , Bewegungseinschränkung , weitere:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!