



## Anamnese Fragebogen

Bitte vollständig ausfüllen. Nicht zu treffendes durch streichen.

Datum: \_\_\_\_\_

PLZ Ort / Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Größe, Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder, Geburten: \_\_\_\_\_

Hobbys: \_\_\_\_\_

Mit welchen Beschwerden kommen Sie? (Ort der Schmerzen ect.)

---

---

---

---

Operationen:

Medikamente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Medizinische Untersuchungen  
(Labor, Röntgen, MRT,...)

---

---

---

---

Frakturen/Stürze/Unfälle:

---

---

---

---

---

---

Medizinische Behandlungen:

---

---

Physiotherapeutische o.a. Behandlungen:

---

---

Allgemeiner Eindruck, Allgemeinzustand:

(Fieber, veränderter Stuhl/Urin, verändertes Empfinden, Stress, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Übelkeit...)

---

---

Infektionskrankheiten (Kindheit oder Erwachsener):

(z.B. Mumps, Masern, Röteln, Borreliose, FSME, Tuberkulose, Hepatitis, AIDS, Botulismus, Covid-19, E.Coli, HPV, Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach, Windpocken, Pfeiffersches Drüsenfieber, Salmonellen, Hantavirus, Tropenkrankheit, Gonorrhoe, Syphilis...)

---

---

Allergien / Unverträglichkeiten:

---

---

Ernährungsrichtlinien / wie viel Trinken am Tag:

---

---

Impfungen/Impfreaktionen:

---

---

Familienanamnese:

(Schwere Erkrankungen innerhalb der Familie, z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Aneurysma, Tumore, chronische Erkrankungen...)

---

---

Wie ist der Schlaf? (Häufig wach, schlecht einschlafen, unruhig, zu kurz, knirschen mit den Zähnen, kribbeln in den Beinen...)

---

---

Schwindel/Tinnitus/Kopfschmerzen:

(Wann, wie oft, seit wann, Migräne...)

---

---

## Kieferprobleme:

(Nachtschiene, Brücken, Füllungen, schiefer Biss, knacken, Stressbeißer...)

---

---

## Sinnesorgane:

(Sehstörungen, Geschmacksstörungen, Hörstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Entzündungen (Mandeln, Mittelohr, Nasennebenhöhlen, Zähne))

---

---

## Herz-/Kreislaufkrankungen: Puls & Blutdruck

(Brustschmerzen, Beklemmungen, HRST, Herzrasen, -klopfen, Zyanose,...)

---

---

## Lungenerkrankungen:

(Husten, Auswurf, Atembeschwerden, Räuspern, Heiserkeit, Luftnot,...)

---

---

## Magenerkrankungen:

(Schmerzen hinterm Brustbein, Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Aufstoßen, Stressmagen, Schluckbeschwerden, Essstörungen,...)

---

---

## Darmerkrankungen:

(Reizdarm, Schmerzen im Bauchraum, Veränderung Stuhl, Verstopfung, Durchfall, Hämorrhoiden, Blinddarm, Erkrankung wie M.Crohn, Divertikulitis, Colitis ulcerosa)

---

---

## Leber-/Gallenerkrankungen:

(Schmerzen im Oberbauch, Koliken, Steine, Entzündungen, Fettstoffwechselerkrankungen, Gerinnungsfaktorenerkrankungen, jucken der Haut, Ikterus, aufgeblähter Bauch, Zungenstatus wie Beläge, Farbe, Abdrücke)

---

---

## Nieren-/Blasenerkrankungen:

(Veränderung des Urins und Wasserlassen, Entzündungen, Schmerzen neben Lendenwirbelsäule u./o. Blasenbereich,...)

---

---

## Urogenitale Erkrankungen:

(Geburtskomplikationen, Kaiserschnitt, Menopause, Menstruation, Narben, Libido, Prostata, Endometriose, Zysten, Myome,...)

---

## Nervensystem – Erkrankungen:

(Sensibilitätsstörungen, Ausstrahlungen, MS, motorische Ausfälle,...)

---

---

---

## Blut - Erkrankungen:

(Blutbild, Mangelercheinungen, Vergiftungen, Veränderung Hautfarbe, Nasenblutungen, Schwellung der Drüsen, angeborene Erkrankungen,...)

---

---

---

## Schilddrüsenerkrankungen:

(Nervosität, Transpiration, große Augen, mager werden, Haarausfall, Vergesslichkeit, Gesichtsschwellung, Müdigkeit, Schlapp, schwer und träge,...)

---

---

---

## Bauchspeicheldrüsenerkrankungen:

(Starker Durst, viel trinken, viel Wasserlassen, Diabetes mellitus,...)

---

---

---

## Gelenkerkrankungen:

(Entzündungen, angeborene Erkrankung bzw. Fehlstellung z.B. M.Perthes legg, M.Scheuermann, M.Bechterew, Gicht, Schmerzen, Rötung, Schwellung, Bewegungseinschränkung, Verformung,...)

---

---

---

## Wo haben Sie Schmerzen | Wie ist der Schmerz?

(Punktuell, Ausstrahlung, dumpf, ziehend, stechend, bohrend, krampfartig...)

---

---

---

## Seit wann haben Sie Schmerzen?

Werden die Schmerzen im Laufe des Tages / der Nacht besser oder verschwinden diese?

Was tut gut? (Wärme oder Kälte - Bewegung oder Ruhe...)

---

---

---

## Gab es vor dem Auftreten der Schmerzen eine Veränderung im Leben?

(Beruf, Sozial, Umzug,...)

---

---

---