



Name: _____

Anamnesebogen

1. Familienvorgeschichte

Welche der folgenden Risikofaktoren oder Erkrankungen kamen bei Ihren Großeltern, Eltern oder Geschwistern vor?

<u>Eltern</u>	Alter:	<u>Großeltern</u>	Alter:	<u>Geschwister</u>	Alter:
<input type="radio"/> Bluthochdruck		<input type="radio"/> Bluthochdruck		<input type="radio"/> Bluthochdruck	
<input type="radio"/> Erhöhtes Cholesterin		<input type="radio"/> Erhöhtes Cholesterin		<input type="radio"/> Erhöhtes Cholesterin	
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit Diabetes		<input type="radio"/> Zuckerkrankheit Diabetes		<input type="radio"/> Zuckerkrankheit Diabetes	
<input type="radio"/> Typ I		<input type="radio"/> Typ I		<input type="radio"/> Typ I	
<input type="radio"/> Typ II		<input type="radio"/> Typ II		<input type="radio"/> Typ II	
<input type="radio"/> Herzinfarkt		<input type="radio"/> Herzinfarkt		<input type="radio"/> Herzinfarkt	
<input type="radio"/> Angina pectoris		<input type="radio"/> Angina pectoris		<input type="radio"/> Angina pectoris	
<input type="radio"/> Schlaganfall		<input type="radio"/> Schlaganfall		<input type="radio"/> Schlaganfall	
<input type="radio"/> Osteoporose		<input type="radio"/> Osteoporose		<input type="radio"/> Osteoporose	
<input type="radio"/> Krebs		<input type="radio"/> Krebs		<input type="radio"/> Krebs	
Welche Art von Krebs:		Welche Art von Krebs:		Welche Art von Krebs:	

2. Eigene Vorgeschichte

Wie sind Sie auf die Welt gekommen? **Natürliche Geburt**

Kaiserschnitt

Sind Sie gestillt worden?

Ja Wie lange? _____

Nein

War die Schwangerschaft, aus der Sie hervorgingen, eine unbelastete Schwangerschaft?

Haben Sie ein Trauma erlitten?

(Verlust naher Angehöriger, Scheidung der Eltern, Häusliche Gewalt, Missbrauch, Unfälle)

War Ihre Geburt ungewöhnlich schwer/lang?

Gab es Geburtskomplikationen?

Mußten Sie nach Ihrer Geburt in der Klinik bleiben oder wurden Sie intensiv-medizinisch betreut?

3. Eigene Vorerkrankungen

	Ja	Nein	Wann
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutarmut-Blutkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zu hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit oder grenzwertiger Zuckerspiegel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angina pectoris (Druck-oder Engegefühl in der Brust)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzkranzgefäßverengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzschwäche-Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durchblutungsstörung der Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tiefe Beinvenenthrombose oder oberflächliche Venenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall oder kurzfristige Durchblutungsstörung des Gehirns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ohnmachtsanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wirbelsäulenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose-Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Knochenbrüche Wo? Wodurch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere ungenannte Krankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Operationen? wenn ja welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Borreliose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. Aktuelle Beschwerden

a) Beschwerden an Kopf und Hals	Ja	Nein	Wie oft?
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häufiges Nasenbluten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Beschwerden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b) Beschwerden im Brustkorb	Ja	Nein	Wie oft?
Starke Atemnot in Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Starke Atemnot bei Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Plötzliches Herzrasen in Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzstolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Engegefühl oder Schmerzen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronischer Husten mit Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Beschwerden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c) Beschwerden des Nervensystems	Ja	Nein	Wie oft?
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwindelanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lähmungserscheinungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Beschwerden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d) Beschwerden des Bewegungsapparates	Ja	Nein	Wie oft?
Halswirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Brustwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Große Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- Kleine Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Muskelkrämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Beschwerden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

e) Allgemeine Fragen	Ja	Nein	Ggf. genauere Beschreibung
Knoten in der Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Warzen oder Leberflecke die gewachsen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lymphknotenschwellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Appetitverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Starker Durst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gewichtsänderung in den letzten 3 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Starkes nächtliches Schwitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häufiger grippale Infekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Auffälligkeiten	Wie oft?	Am Tag?	
Stuhlgang			
Durchfälle			
Verstopfung			
Konsistenz			
Geruch			
	Ja	Nein	Ggf. genauere Beschreibung
Bekannte Nahrungsmittelintoleranzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hautausschläge? Neurodermitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schuppenflechte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

5. Medikamentenanamnese

Medikament: _____ Dosis: _____ Anzahl pro Tag: _____

6. Nahrungsergänzungsmittel

Wirkstoff: _____ Dosis: _____ Anzahl pro Tag: _____

7. Schlafanamnese

Wie viele Stunden Schlaf brauchen Sie? _____

Wieviel bekommen Sie tatsächlich? : _____

Einschlafstörungen

Ja **Nein**

Einschlafzeit in Minuten: _____

Durchschlafen?

Wie oft wach? _____

Schnarchen?

Atemaussetzer?

8. Zahnmedizinische Anamnese

Gehen Sie regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung? _____

Leiden Sie unter Parodontitis (Zahnfleischentzündung)? _____

Haben Sie Zahnfüllungen? : _____

Wenn ja, seit wann? _____

Wie viele? _____

Welche? Amalgam Gold Keramik andere? _____

9. Augen

Leiden Sie unter einer Augenkrankheit? _____

Wenn ja, welche: _____

Ja **Nein**

Sind Sie Brillenträger/in?

Sind Sie weitsichtig?

Wie viel Dioptrien? _____

10. Sexualanamnese

Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden auf einer Skala von 0 bis 10?
(0 = gar nicht zufrieden – 10 = sehr zufrieden)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beschwerden vor-während-nach dem Geschlechtsverkehr: _____

11. Ernährungsanamnese

Wie viele Portionen Obst und Gemüse am Tag? _____

Wie oft Vollkornprodukte am Tag? _____

Vegetarisch?: Ja Nein

Wie oft Fleisch pro Woche?

Rotes Fleisch? _____

Weißes Fleisch? _____

Wie oft Wurst / Wurstaufschnitt /
Fleischaufschnitt pro Woche? _____

Wie viele Eier pro Woche? _____

Essen Sie Nüsse? Wie oft? _____

Essen Sie Margarine / Butter? _____

Wie oft Milchprodukte am Tag? _____

Wie oft Fisch pro Woche? _____

Wie häufig frittierte/panierte
Speisen pro Woche? _____

Wie oft Limonaden, Light-Getränke
oder Fruchtsäfte pro Woche? _____

Wie oft Süßigkeiten pro Woche? _____

Wieviel trinken Sie am Tag? Was? _____

Trinken/essen Sie nachts? Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Gläser am
Tag/Woche? Wein/Bier/Drinks? _____

Woraus trinken Sie
Mineralwasser, Säfte etc.? Plastikflaschen Glasflaschen

Nutzen Sie viele Konserven zur
Herstellung Ihrer Nahrung? _____

12. Sportanamnese

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen Sport,
wie oft und wie lange pro Woche?

Gehen Sie 10.000 Schritte am Tag?
(Frauen ca. 6,5km, Männer ca. 7,5 km) Ja Nein

Größe _____

Gewicht _____

13. Gynäkologische Anamnese

Erste Regelblutung mit _____ Jahren Letzte Regelblutung mit _____ Jahren

Zyklus alle 4 Wochen? Ja Nein

Blutungsstärke normal? Ja Nein

Geburten: keine

- | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Geburt/Jahr: _____ | <input type="radio"/> spontan | <input type="radio"/> Saugglocke | <input type="radio"/> Kaiserschnitt | <input type="radio"/> gestillt |
| 2. Geburt/Jahr: _____ | <input type="radio"/> spontan | <input type="radio"/> Saugglocke | <input type="radio"/> Kaiserschnitt | <input type="radio"/> gestillt |
| 3. Geburt/Jahr: _____ | <input type="radio"/> spontan | <input type="radio"/> Saugglocke | <input type="radio"/> Kaiserschnitt | <input type="radio"/> gestillt |
| 4. Geburt/Jahr: _____ | <input type="radio"/> spontan | <input type="radio"/> Saugglocke | <input type="radio"/> Kaiserschnitt | <input type="radio"/> gestillt |

Verhütungsmethode: _____
z.B. Pille, Kondome, Sterilisation usw.

Unwillkürlicher Harndrang: Ja Nein

Unwillkürlicher Urinverlust: Ja Nein Wann: _____ Wobei: _____

14. Urologische Anamnese

Entzündungen an der Prostata/am Penis? Ja Nein

Unerfüllter Kinderwunsch? Ja Nein

Phimose oder Entzündung der Harnröhre? Ja Nein

Wie oft werden Sie pro Woche
mit einer morgendlichen Erektion wach? _____

17. Sozialanamnese

Leben Sie in einer Partnerschaft? Ja Nein

Wenn ja sind Sie zufrieden in dieser Partnerschaft?

Sind Sie alleinlebend oder verwitwet? alleinlebend verwitwet

Sind Sie Linkshänder oder Rechtshänder? Linkshänder Rechtshänder

18. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde

Internet

Ärzte/Heilpraktiker

Bitte bringen Sie uns alle Laborbefunde und Untersuchungsergebnisse mit, die in den letzten 2 Jahren bei Ihnen erhoben wurden.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!