

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: _____
☐ Bluthochdruck	☐ Bluthochdruck	☐ Bluthochdruck
☐ Erhöhtes Cholesterin	☐ Erhöhtes Cholesterin	☐ Erhöhtes Cholesterin
☐ Zuckerkrankheit Typ I	☐ Zuckerkrankheit Typ I	☐ Zuckerkrankheit Typ I
☐ Zuckerkrankheit Typ II	☐ Zuckerkrankheit Typ II	☐ Zuckerkrankheit Typ II
☐ Herzinfarkt	☐ Herzinfarkt	☐ Herzinfarkt
☐ Angina pectoris	☐ Angina pectoris	☐ Angina pectoris
☐ Schlaganfall	☐ Schlaganfall	☐ Schlaganfall
☐ Osteoporose	☐ Osteoporose	☐ Osteoporose
☐ Krebs	☐ Krebs	☐ Krebs
☐ Übergewicht	☐ Übergewicht	☐ Übergewicht
☐ Adipositas	☐ Adipositas	☐ Adipositas

2. Eigene Vorgeschichte

Wie sind Sie auf die Welt gekommen?

- ☐ **Natürliche Geburt**
- ☐ **Kaiserschnitt**

Sind Sie gestillt worden?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nein**

Wie lange? _____

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
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Niedriger Blutdruck	☐	☐	
Hoher Blutdruck	☐	☐	
Zu hohes Cholesterin	☐	☐	
Zuckerkrankheit / grenzwertiger Zucker	☐	☐	
Angina pectoris (Druck- oder Engegefühl in der Brust)	☐	☐	
Herzkranzgefäßverengung	☐	☐	
Herzinfarkt	☐	☐	
Herzrhythmusstörungen	☐	☐	
Herzschwäche / Herzklappenfehler	☐	☐	
Durchblutungsstörung der Beine	☐	☐	
Tiefe Beinvenenthrombose / oberflächliche Venenentzündung	☐	☐	
Schlaganfall / kurzfristige Durchblutungsstörung des Gehirns	☐	☐	
Ohnmachtsanfall	☐	☐	
Entzündliche Gelenkerkrankungen	☐	☐	
Wirbelsäulenerkrankungen	☐	☐	
Osteoporose / Bandscheibenvorfall	☐	☐	
Knochenbrüche (Wo/Wodurch?)	☐	☐	
Krampfanfälle	☐	☐	
Andere ungenannte Krankheiten:	☐	☐	
Operationen (Welche?)	☐	☐	

4. Aktuelle Beschwerden

a) Beschwerden an Kopf und Hals	Ja	Nein	Wie oft?
Kopfschmerzen	☐	☐	
Migräne	☐	☐	
Nackenschmerzen	☐	☐	
Andere Beschwerden:	☐	☐	
b) Beschwerden im Brustkorb	Ja	Nein	Wie oft?
Starke Atemnot in Ruhe	☐	☐	
Starke Atemnot bei Anstrengung	☐	☐	
Plötzliches Herzrasen in Ruhe	☐	☐	
Herzstolpern	☐	☐	
Engegefühl oder Schmerzen in der Brust	☐	☐	
Andere Beschwerden:	☐	☐	
c) Beschwerden des Nervensystems	Ja	Nein	Wie oft?
Ohnmachtsanfälle	☐	☐	
Schwindelanfälle	☐	☐	
Krampfanfälle	☐	☐	
Lähmungserscheinungen	☐	☐	
Andere Beschwerden:	☐	☐	
d) Beschwerden des Bewegungsapparates	Ja	Nein	Wie oft?
Halswirbelsäule	☐	☐	
Brustwirbelsäule	☐	☐	
Lendenwirbelsäule	☐	☐	
Gelenkbeschwerden	☐	☐	
- Große Gelenke	☐	☐	
- Kleine Gelenke	☐	☐	
Muskelschmerzen	☐	☐	
Muskelkrämpfe	☐	☐	
Andere Beschwerden:	☐	☐	

e) Allgemeine Fragen	Ja	Nein	Ggf. genauere Beschreibung
Lymphknotenschwellungen	☐	☐	
Appetitverlust	☐	☐	
starker Durst	☐	☐	
Gewichtsveränderung in den letzten 3 Monaten	☐	☐	
Gewichtszunahme	☐	☐	
Gewichtabnahme	☐	☐	
Starkes nächtliches Schwitzen	☐	☐	
Häufiger grippale Infekte	☐	☐	

Andere Auffälligkeiten	Wie oft?	Am Tag?
Stuhlgang		
Durchfälle		
Verstopfung		
Konsistenz		
Geruch		

	Ja	Nein	Ggf. genauere Beschreibung
Bekannte Nahrungsmittelintoleranzen?	☐	☐	
Allergien	☐	☐	
Hautausschläge? Neurodermitis?	☐	☐	
Schuppenflechte?	☐	☐	
Andere	☐	☐	

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? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft wach? _____

Schnarchen? ☐ Ja ☐ Nein

Atemaussetzer? ☐ Ja ☐ Nein

8. Zahnmedizinische Anamnese

Gehen Sie regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung?

Leiden Sie unter Parodontitis (Zahnfleischartzündung)?

Haben Sie Zahnfüllungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Wie viele? _____

Welche? ☐ Amalgam ☐ Gold ☐ Keramik ☐ andere: _____

9. 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: _____

10. Ernährungsanamnese

Wie viele Portionen Obst und Gemüse am Tag? _____

Wie oft Vollkornprodukte am Tag? _____

Kochen Sie selbst? ☐ Ja ☐ Nein

Vegetarisch? ☐ Ja ☐ Nein

Wie oft Fleisch pro Woche? _____

Rotes Fleisch? _____

Weißes Fleisch? _____

Wie oft Wurst / Wurstaufschnitt /
Fleischauflschnitt pro Woche? _____

Wie viel Eier pro Woche? _____

Essen Sie Nüsse? Wie oft? _____

Essen Sie Margarine / Butter? _____

Wie oft Milchprodukte am Tag? _____

Welche Milchprodukte? _____

Wie oft Fisch pro Woche? _____

Wie häufig frittierte/panierte
Speichen pro Woche? _____

Wie oft essen Sie Fast Food? _____

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? _____

Nutzen Sie Fertiggerichte-
Saucen-Konserven? _____

Wenn ja, wie oft pro Woche? _____

11. 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. 7,5km) ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Größe _____

Aktuelles Gewicht _____

Besitzen Sie einen Fitnesstracker/
Smartwatch/Fitnessring? ☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie bereits als Kind ☐ übergewichtig? ☐ adipös?

12. 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: _____	☐ spontan	☐ Saugglocke	☐ Kaiserschnitt	☐ gestillt
2. Geburt/Jahr: _____	☐ spontan	☐ Saugglocke	☐ Kaiserschnitt	☐ gestillt
3. Geburt/Jahr: _____	☐ spontan	☐ Saugglocke	☐ Kaiserschnitt	☐ gestillt
4. Geburt/Jahr: _____	☐ spontan	☐ Saugglocke	☐ Kaiserschnitt	☐ gestillt

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

Unwillkürlicher Harndrang: ☐ Ja ☐ Nein

Unwillkürlicher Urinverlust: ☐ Ja ☐ Nein Wann: _____ Wobei: _____

13. 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? _____

14. Nikotin

Rauchen Sie?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, was?

(Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, andere Suchstoffe?)

Wie viel am Tag?

Seit wann?

Sind Sie ehemaliger Raucher/in?

☐ Ja

☐ Nein

Seit wann rauchen Sie nicht mehr?

15. Berufliche Anamnese

Welchen Beruf führen Sie derzeit aus?

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Arbeiten Sie in Teilzeit oder Vollzeit?

Welche Distanz haben Sie zwischen
Wohnung und Arbeitsplatz?

Wie kommen Sie dorthin?

☐ Zu Fuß

☐ Fahrrad

☐ öffentliche Verkehrsmittel

☐ PKW

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit 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

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

16. Sozialanamnese

Leben Sie in einer Partnerschaft?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja sind Sie zufrieden in dieser Partnerschaft?

Sind Sie alleinlebend oder verwitwet?

☐ alleinlebend

☐ verwitwet

17. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| Freunde | ☐ |
| Internet | ☐ |
| Ärzte/Heilpraktiker | ☐ |

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

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!