



1. Familienvorgeschichte

<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	
Welche Art von Krebs:		Welche Art von Krebs:		Welche Art von Krebs:	

Wie sind Sie auf die Welt gekommen?

☐ **Natürliche Geburt**

☐ **Kaiserschnitt**

Sind Sie gestillt worden?

☐ **Ja** Wie lange? _____

☐ **Nein**

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	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Blutarmut / Blutkrankheit	☐	☐	
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?)	☐	☐	
Borreliose	☐	☐	
Pfeiffersches Drüsenfieber	☐	☐	

4. Aktuelle Beschwerden

a) Beschwerden an Kopf und Hals	Ja	Nein	Wie oft?
Kopfschmerzen	☐	☐	
Migräne	☐	☐	
Nackenschmerzen	☐	☐	
Häufiges Nasenbluten	☐	☐	
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	☐	☐	
Chronischer Husten mit Auswurf	☐	☐	
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
Knoten in der Haut	☐	☐	
Warzen oder Leberflecke die gewachsen sind	☐	☐	
Lymphknotenschwellungen	☐	☐	
Appetitverlust	☐	☐	
starker Durst	☐	☐	
Gewichtsveränderung in den letzten 3 Monaten	☐	☐	
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. Augen

Leiden Sie unter einer Augenkrankheit? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie Brillenträger/in? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie weitsichtig? ☐ Ja ☐ Nein

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 viel 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
Speichen 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. 7,5km) ☐ 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: _____ | ☐ 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: _____

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? _____

15. Nikotin

Rauchen Sie?

☒ Ja

☐ Nein

Wenn Ja, was?

(Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, andere Suchtstoffe?)

Wie viel am Tag?

Seit wann?

Sind Sie ehemaliger Raucher/in?

☐ Ja

☐ Nein

Seit wann rauchen Sie nicht mehr?

16. Berufliche Anamnese

Welchen Beruf führen Sie derzeit aus?

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

Arbeiten Sie in Teilzeit oder Vollzeit?

Üben Sie eine Tätigkeit aus, in der Sie mit

- Bioziden (Produkte die Schädlinge, Algen, Pilze oder Bakterien bekämpfen)
- Industriegiften
- Lösungsmittel wie Farben, Lacken, Klebstoffen
- Schwefelkohlenwasserstoffen
(Mercaptane wie Antioxidationsmittel, Alterungsschutzmittel oder Desinfektionsmittel)
- Titan
- Weichmachern

umgehen müssen?

Vertragen Sie Deo?

☒ Ja

☐ Nein

Arbeiten Sie zu Hause mit diesen Mitteln?

- Renovierungen ○ Gartenarbeit ○ oder ähnliches

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

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!