

# Anamnesefragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Über wen kommen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzlich (AOK, DAK, usw.)  Beihilfe  
 Private Zusatzversicherung

Beruf / Schulklasse: \_\_\_\_\_

Bei Kindern: Name des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

## Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

**Wichtig !!!** Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr sehr gering, 10 = extrem stark; z. Bsp. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z. Bsp. `94).

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie? (die 3 Hauptbeschwerden)  
Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

1.

2.

3.

---

**⇒ Bitte bringen Sie Medikamente, (am besten die jeweilige Tagesdosis) die eingenommen werden, sowie evtl. eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.**

**Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?**

z.B. Eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw. ....

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, usw.

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt?**

Falls ja, welche wurden eingesetzt? .....

**KOPF**

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** Falls ja,

wie häufig? ....., selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,

morgens, abends

halbseitig – links – rechts – doppelseitig

**Auslöser der Kopfschmerzen:** .....

**Was verbessert:** .....

**Was verschlechtert:** .....

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder; Schuppen, seit wann .....

**Augen:** Bindehautentzündung, Grauer Star, kurzsichtig, weitsichtig, Makuladegeneration etc.

**Ohren:** links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche

**Zähne/Kiefer:** - bitte Zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Weisheitszähne gezogen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Gibt es wurzelbehandelte Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Zahnfleischblutung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Gibt es tote Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Empfindliche Zähne auf heiß/kalt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? .....
Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann?
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Womit wurde ausgeleitet? .....			

Zahnfüllmaterialien aktuell:

Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik  Implantate

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf: .....

**Mandeln:** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

## BRUST / BAUCH:

---

- Brustdrüse:** Beschwerden, Operation, Knoten, Zysten
- Herz:** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass
- Blutdruck:** Wann zuletzt gemessen? Ergebnis: .....
- Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Lungenentzündung
- Leber:** Entzündung – Hepatitis, Alkohol wird schlechter vertragen als früher
- Galle:** Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- Magen:** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien, Sodbrennen
- Darm:** Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen ja / nein, Geruch, .....
- Stuhlgang:** täglich, ca. jeden 2./3./4. .... Tag, unregelmäßig, riecht nach .....  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., Brauche viel Papier / Toilettenbürste
- Niere / Blase:** Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts/links
- Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, schaumig, Geruch nach .....

## ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT

---

- Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, usw.
- Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden
- Rücken:** Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose
- Haut / Nägel:** Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme  
Hautallergien auf (Creme etc.): .....

## ♀ BEREICH

---

- Gynäkolog.:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wundmachend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Geburten – Jahreszahl: .....  
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.
- Menses:** Wann war die erste Menses: ..... wann die letzte: .....  
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: .....  
Regelblutung ist stark, schwach dauert lange: .....  
Abstand der Regelblutungen: .....  
Beschwerden vor – nach – während der Regel - welche: .....  
Zwischenblutungen: .....  
Klimakterische Beschwerden: .....  
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: ..... seit wann? .....  
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? .....

♂ **BEREICH**

---

**Prostata:** Vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin? .....

**ALLGEMEINES**

---

**Wo haben Sie Narben? Wichtig! Mit Jahreszahl der Entstehung Auch kleine eintragen**

**Schlaf:** Schlaflosigkeit, häufiges nächtl. Erwachen (Uhrzeit: ..... Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen

**Träume:** schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah

**Sportarten:** ..... wie häufig? .....

**Ernährung:** Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst Nikotin, Alkohol  
Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol  
Allergien auf .....

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, etc.)**

Nein / falls ja, welche?

**Rauchen:** ja / nein wie viele .....

**Alkohol:** wie häufig? ..... was .....

**Trinken:** Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? ..... Liter

**Häuslicher Bereich:** Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie Energiesparlampen?

Verwenden Sie DECT Telefone?

**Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?**

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon ausprobiert (auch biologisch z. Bsp. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?**

**Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit? (1=sehr gut, 10=sehr schlecht) .....**

**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung? (1 bis 10) .....**

**Was wissen Sie über Ihre Blutwerte?**

**Chronologie der Krankengeschichte (evtl. die Rückseite benutzen)**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.