Beatrice Grass
Niedstraße 13 · 12159 Berlin
Telefon 030 85401309
www.beatricegrass.de

# Anamnese - Fragebogen

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ – Ort _____FAX _____

Beruf _____ E-Mail _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand/Kinder _____

_____
Versicherung: O Gesetzlich (AOK, DAK usw.) O Beihilfe/Post O Privat-Versicherung

**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 genug Zeit.

**Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr Ziel?**

……
……
……..

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**
z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.**
z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

**Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.**
z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**
z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

**Gibt es Allergien?**
Pollen / wann .....

Nahrungsmittel .....

## Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja,**
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig - links - rechts - doppelseitig -

**Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula- Degeneration usw.

**Ohren** links / rechts .....Tinnitus seit..... Schwerhörigkeit seit ……., andere.....

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

**Zahnfüllmaterialien** O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

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

## Brust und Bauch

**Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten

**Leber** Entzündung - Hepatitis

**Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien.....

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen - Geruch.....

**Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig.....
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall,
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

## Rücken – Arme – Beine - Haut

**Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
**Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
**Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
**Haut/Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen
**Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
O Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
O Nein

## Unterleib – Gynäkologie

**Gynäkologie** Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw.

**Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....
Beschwerden vor - nach - während der Regel -
welche .....
Klimakterische Beschwerden.....

**Nehmen Sie Verhütungsmittel**? Ja O nein O
Welche .....

**Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
**Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen - häufig
**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....
**Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Allgemeines

**Mein aktuelles Körpergewicht ..... Meine Körpergröße .....**

**Meine Blutgruppe ..... Mein Blutdruck .....**

**Trinken Sie Alkohol? ..... Rauchen Sie? .....**

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? .....**

**Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? .....**

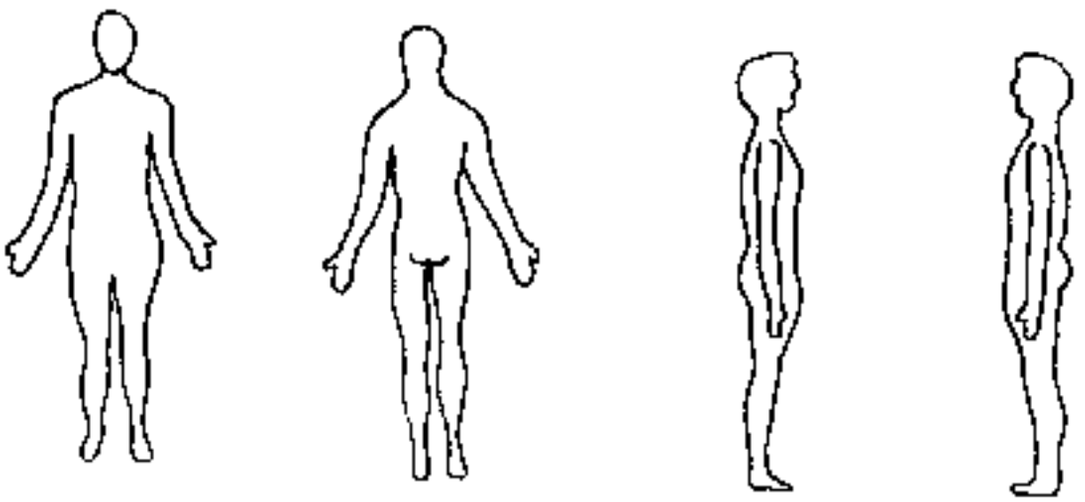
**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? .....**

**Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? .....**

**Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen
Schlafzeit übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen.....

## Schmerzfragen

**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen



Kreuz - punktförmiger Schmerz
Linie - unklare Schmerzlokalisation
Pfeil - ausstrahlender Schmerz

**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
schwach mittel sehr stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen? ……**

**Gab es ein auslösendes Ereignis?** ……
.

**Wie oft haben Sie die Schmerzen**? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener
**Wie ist das Schmerzempfinden?** Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend
**Welche Ereignisse verschlimmern?** Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit …… Wetterlage, Monatsblutung,

Sonstiges……

**Welche Ereignisse verbessern?** Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
**Andere Symptome zum Schmerz** Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges ……

**Schmerzbehandlung bisher, wie?** ……

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein**? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittelangeben.

……

**Chronologie der Krankengeschichte**

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

……

……

……

……

……

## Sonstiges

……

……

……

……

……

……