ANAMNESEBOGEN

Körper und Psyche

Vor-und Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsname (Geburtsurkunde):

Email:

1. Aktuelle Diagnosen/ Beschwerden:

2. Vorerkrankungen

Ja

Nein

Jahr?

Tuberkulosis

Lungenentzündung

Rippenfellentzündung

Asthma

Heuschnupfen

Hoher Blutdruck

Schwindel

Schlaganfall

Lähmungen

Ohrgeräusche

Nervöse Beschwerden

2.Vorerkrankungen	Ja	Nein	Jahr?
Epilepsie	☐	☐	_____
Herzanfall	☐	☐	_____
Herzinfarkt	☐	☐	_____
Herzschwäche	☐	☐	_____
Krampfadern	☐	☐	_____
Thrombose	☐	☐	_____
Magen oder Zwölffingerdarmgeschwüre	☐	☐	_____
Leberkrankheiten	☐	☐	_____
Gelbsucht	☐	☐	_____
Gallensteine, -Koliken	☐	☐	_____
Nieren- und Blasenentzündung	☐	☐	_____
Nieren- und Blasensteine	☐	☐	_____
Krankheiten der Prostata	☐	☐	_____
Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	☐	☐	_____
Gicht	☐	☐	_____
Arthrose	☐	☐	_____
Arthritis	☐	☐	_____
Diabetes (Typ 1/ Typ2)	☐	☐	_____
Fettstoffwechselkrankheiten (Cholesterin/Triglyceride)	☐	☐	_____
Gelenkrheumatismus mit Fieber	☐	☐	_____
Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	☐	☐	_____
Blutarmut, Blutkrankheiten	☐	☐	_____
Krebs	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	_____

2.Vorerkrankungen	Ja	Nein	Jahr?
Augenkrankheiten	☐	☐	_____
Autoimmunerkrankungen	☐	☐	_____
Depressionen	☐	☐	_____
Psychische Erkrankungen	☐	☐	_____
Infektionskrankheiten	☐	☐	_____

Weitere/bekannte Erkrankungen:

3.Haben Sie aktuell diese Beschwerden?	Ja	Nein
häufiger Schnupfen	☐	☐
Fehlsichtigkeit	☐	☐
Schwerhörigkeit	☐	☐
Schwindel	☐	☐
Übelkeit/ Brechreiz	☐	☐
Hautveränderungen/ Juckreiz	☐	☐
Atemnot	☐	☐
Ermüdbarkeit	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐
Herzklopfen ohne Belastung	☐	☐
Schmerzhaftes Schlucken	☐	☐

3.Haben Sie aktuell diese Beschwerden?	Ja	Nein
Schweißausbrüche	☐	☐
Nachtschweiß	☐	☐
Kalte Gliedmaßen	☐	☐
Gewichtsverlust bzw. -zunahme	☐	☐
Benommenheit	☐	☐
Sensorische Störungen	☐	☐
Starke Ängste	☐	☐

4.Therapien/ Maßnahmen	Ja	Nein	Jahr?
Medikamentöse Therapien Welche: _____ _____	☐	☐	_____
Bestrahlung	☐	☐	_____
Chemotherapie	☐	☐	_____
Psychotherapie	☐	☐	_____
Kur- Urlaub	☐	☐	_____
Rehabilitation	☐	☐	_____

andere Klinikaufenthalte:

5. Unfälle/ Vergiftungen

Was und Welche?

Wann?

Folgebeschwerden:

6. Operationen

Ja

Nein

Jahr?

Blinddarm

Mandeln

Magen

Darm

Gallenblase

Nieren

6.Operationen	Ja	Nein	Jahr?
Blase	☐	☐	_____
Gefäße	☐	☐	_____
Frauenkrankheiten	☐	☐	_____
Kopf	☐	☐	_____
Knochenbrüche	☐	☐	_____
Herz	☐	☐	_____

andere Operationen:

7.Familienanamnese (mit Todesursache)	Ja	Nein	Wer?
Krebserkrankungen	☐	☐	_____
Hoher Blutdruck	☐	☐	_____
Schlaganfall	☐	☐	_____
Herzinfarkt	☐	☐	_____
Übergewicht	☐	☐	_____
Diabetes	☐	☐	_____
Nervenkrankheiten	☐	☐	_____
Epilepsie	☐	☐	_____
Lunkenerkrankungen	☐	☐	_____

(*Familie: Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder, Tante/Onkel - nicht angeheiratet)

8. Impfungen

Jahr?

Welche:

9. Sonstige Fragen zur Person

Ja

Nein

Wieviel?

Haben Sie guten Appetit?

Haben Sie starken Durst?

Haben Sie Einschlafschwierigkeiten?

Haben Sie Durchschlafschwierigkeiten?

Schwitzen Sie schnell?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Was? Menge?

Rauchen Sie? Was? Menge am Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Welche? Dosis?

Nehmen Sie oder nahmen Sie Drogen? Welche?
Wann? Menge am Tag?

Sind Allergien bekannt? Welche?

Nehmen oder nahmen Sie die Pille?

Andere Verhütungsmittel? Welche?

Liegt eine Schwangerschaft vor?

9. Sonstige Fragen zur Person

Ja

Nein

Wieviel?

Menstruation: Beginn/ Dauer/ Stärke/ Beschwerden/
Regelmäßigkeit/ Zwischenblutungen

Sind Sie in den Wechseljahren?

Frühere Schwangerschaften, Geburten? Wieviele?
Wann? _____

Ausbildung, aktuelle Tätigkeit?

Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit zufrieden?

Familiäre Situation (Wohnsituation, Familienstand?)

Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie/
Nachbarschaft?

Besondere Belastungsfaktoren (beruflich/ privat,
körperlich/psychisch)?

Stehen Sie unter starkem Stress?

Wächst Ihnen alles über den Kopf?

Fühlen Sie sich häufig einsam?

Sind Sie häufig bedrückt?

Haben Sie Sorgen um Ihre Zukunft?

Haben Sie andere Sorgen oder Schwierigkeiten?