

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, OP, Hautauschläge, Medikamente, Impfung usw.

- **Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?**
Krebs, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheume, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Demenz, Alzheimer, Parkinson,...

➤ Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht: _____	Körpergröße: _____
Blutgruppe: _____	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? _____
Wenn Ja welche? _____	Wenn Ja welchen? _____

- ❖ **Sind Sie bereit ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern?**
Ja Nein

- ❖ **Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?** (Bitte auch Nahrungsergänzungsmittel)

- ❖ **Leiden Sie unter Allergien?**
 - **Pollen, seit wann?** _____
 - **Nahrungsmittel, seit wann?** _____
welche? _____

- ❖ **Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**
Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig-links-rechts-doppelseitig

- ❖ **Leiden Sie unter Haarausfall?**
Kreisrund, vereinzelt, seit wann? _____

- ❖ **Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration, ...
- ❖ **Ohren** links/rechts, Tinnitus seit _____, Schwerhörigkeit seit _____
- ❖ **Zähne/Kiefer** Haben Sie Amalgamfüllungen? Ja Nein
 Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein wann? _____
- ❖ **Nase** OP, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, verstopfte Nase
- ❖ **Mandeln** OP, häufige Mandelentzündungen als Kind – Heute
- ❖ **Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, OP
- ❖ **Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörung
- ❖ **Lunge** Bronchitis, häufig Husten – mit Auswurf – ohne Auswurf
- ❖ **Leber/Galle** Entzündungen, OP Steine, Koliken, Druckgefühl im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
- ❖ **Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit
- ❖ **Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm OP, Blähungen
- ❖ **Stuhlgang** täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall
- ❖ **Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
- ❖ **Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
- ❖ **Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
- ❖ **Haut** Ausschläge, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze
- ❖ **Gynäkologie** Verhütungsmittel, wenn ja welches? _____
 Menstruationsbeschwerden, wenn ja welche? _____
 Klimakterische Beschwerden, wenn ja welche? _____
 Sonstige Beschwerden? _____
- ❖ **Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen, wenn ja wie häufig? _____
- ❖ **Schlaf** Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Unruhe in den Beinen, heiße Füße, Nachtschweiß, Zähneknirschen
 Übliches zu Bett gehen _____ Uhr/ übliches Aufstehen _____ Uhr
 Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frischer?
 Ja Nein
- ❖ **Stress** Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und Seelische Belastung? (Skala von 1-10)

❖ **Weitere wichtige Informationen:**

Anamnesebogen ausgefüllt am _____ von:

Patient Behandler sonstige Person _____



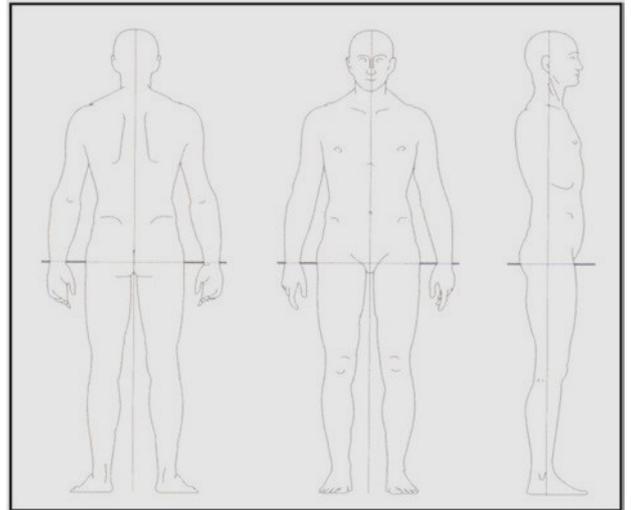
➤ **Schmerzfragen:**

Wo treten die Schmerzen auf? – Bitte kennzeichnen

(Kreuz = Punktförmiger Schmerz / Linie = unklarer Schmerz)

Schmerzskala für den Hauptschmerz:

1 2 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, selten

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse Verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Wetterlage, Monatsblutung, tageszeitenabhängig _____

Welche Ereignisse Verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz? Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheiten, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung

Sonstiges:

Wie war die Schmerzbehandlung bisher?

Anamnesebogen ausgefüllt am _____ von:

Patient Behandler sonstige Person _____