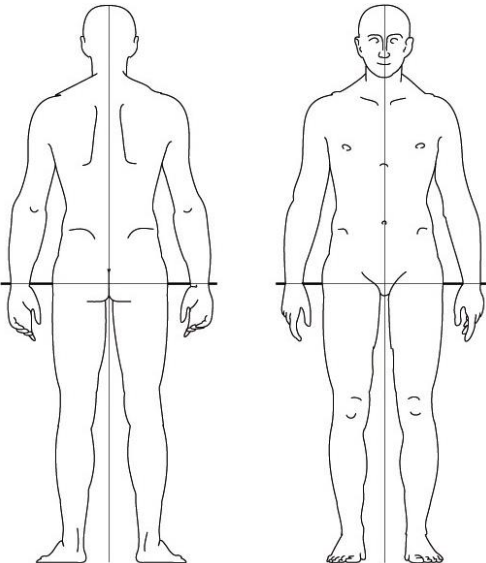


## Anamnesebogen

Persönliche Angaben	
Name:	Geb. Datum:
Vorname:	Tätigkeit / Beruf:
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Zusatz	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:	
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch: <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges	

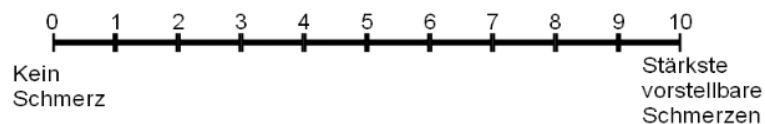
Hauptbeschwerden:
Was sind Ihre aktuellen Hauptbeschwerden:
Wo haben Sie die Beschwerden - bitte auf der Zeichnung markieren:

Seit wann haben Sie diese Beschwerden:
Die Beschwerden sind <input type="checkbox"/> erstmalig aufgetreten <input type="checkbox"/> bereits bekannt seit:
Gab es eine Ursache für die Beschwerden: <input type="checkbox"/> nein ja: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Reise <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> andere:
Lassen sich die Beschwerden durch bestimmte Maßnahmen beeinflussen: <input type="checkbox"/> nein ja: ... wird besser bei: ... wird schlechter bei:

Sind die Beschwerden  immer vorhanden  zwischendurch weg  nie richtig weg oder  anders auftretend:

Wie äußern sich Ihre Beschwerden:  Schmerzen  Kribbeln  Taubheit  
 Pulsieren  Brennen  Schwellung  Rötung  Muskelschwäche  Sonstige:

Sind die Beschwerden  lokal begrenzt oder  ausstrahlend in:

Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 10 - bitte markieren:



Waren Sie wegen der Beschwerden bereits in Behandlung:  nein ja, bei:

Arzt  Heilpraktiker  Osteopath  Chiropraktiker  Physiotherapeut  Sonstige

Welche Diagnose(n) wurde(n) gestellt:

Haben Sie Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen (dabei):  ja  nein

Nehmen Sie gegen die *aktuellen Beschwerden* Medikamente:  nein ja:

Schmerzmittel:

Entzündungshemmer:

andere Medikamente:

### Weitere Beschwerden und Vorerkrankungen:

Haben Sie noch weitere aktuelle oder wiederkehrende Beschwerden:

nein ja, bitte eintragen:

- Augen- / Sehprobleme
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Kopfschmerzen / Migräne
- Schwindel / Gleichgewichtsstörung
- Ohrgeräusche (Tinnitus)
- Kreislaufschwäche / Ohnmacht
- Konzentrationsschwäche / Müdigkeit
- Kieferbeschwerden (Knirschen, CMD)
- Schulter- / Nackenschmerzen
- Brustschmerzen / Herzrasen
- Rückenschmerzen / Hexenschuss
- Armschmerzen ( mit oder  ohne Kribbeln / Taubheitsgefühl)
- Beinschmerzen ( mit oder  ohne Kribbeln / Taubheitsgefühl)
- Fußbeschwerden ( mit oder  ohne Kribbeln / Taubheitsgefühl)
- Verdauungsbeschwerden
- Blasenbeschwerden
- sonstige Beschwerden:

Vermuten Sie einen Zusammenhang zu den Hauptbeschwerden:

nein  ja:

Hatten oder haben Sie noch weitere Vorerkrankungen:

nein  ja, bitte eintragen:

- Arteriosklerose (Gefäßverkalkung)
- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
- Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)
- Blutdruckerkrankung (Hyper- / Hypotonie)
- Herzerkrankung / Herzinfarkt
- Hirnerkrankung / Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Atembeschwerden (Asthma, Bronchitis, Pneumonie)
- Arthritis (Gelenkentzündung, Gicht)
- Arthrose (Gelenkverschleiß)
- rheumatische Erkrankung
- Osteoporose (geringe Knochendichte)
- Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)
- Scheuermann (Adoleszentenkyphose)
- Bandscheibenvorfall (Diskusprolaps)
- Bänder-/Sehnen-/Muskelriss
- Knochenbruch (Fraktur)
- Infektionskrankheiten
- Hautkrankheiten
- psychische Erkrankung
- Krebs/Tumor:
  - Prostata  Brust  Dickdarm  Lungen  Sonstiges:
- sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie gegen die *Vorerkrankungen* Medikamente:  nein  ja, folgende:

Gibt es familiäre Vorerkrankungen bei Eltern, Geschwistern, Kindern:  nein

ja:

Hatten Sie (schwere) Unfälle bzw. Stürze:  nein

ja: Was? Wann?

Es gab Narben bzw. Komplikationen:  nein  ja:

Hatten Sie Operationen:  nein

ja: Was? Wann?

Es gab Narben bzw. Komplikationen:  nein  ja:

Es wurden  Schrauben  Platten  Prothesen  Sonstiges eingesetzt.

<b>Vegetativum:</b>
<p>Leiden Sie unter allgemeiner Infektanfälligkeit bzw. Allergien: <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja:</p>
<p>Wie hoch ist Ihre Trinkmenge an Wasser (Liter/Tag):</p>
<p>Wie ernähren Sie sich: <input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Haben Sie Probleme mit der Verdauung: <input type="checkbox"/> nein  ja: <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Reizdarm  <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Antibiosen <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> nein  ja: <input type="checkbox"/> Gluten/Zöliakie <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fructose <input type="checkbox"/> Histamin <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Haben Sie Probleme einen erholsamen Schlaf zu finden: <input type="checkbox"/> nein  ja: <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme <input type="checkbox"/> Schnarchen <input type="checkbox"/> Knirschen  <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Leiden Sie <input type="checkbox"/> momentan oder <input type="checkbox"/> länger unter erhöhtem Stress: <input type="checkbox"/> nein  ja: <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Privatleben <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Betreiben Sie in Ihrer Freizeit Sport oder andere Aktivitäten: <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja:</p>
<p>Konsumieren Sie regelmäßig Genussmittel: <input type="checkbox"/> nein  ja: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Sonstiges:  Wie viel täglich:  Seit wann:</p>
<p>Nehmen Sie regelmäßig Vitamine, Prä-/Probiotika oder Nahrungsergänzungsmittel ein: <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja:</p>
<p>Bemerken Sie einige der folgenden Symptome bei Ihnen:  <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust (&gt;10% in den letzten 6 Monaten)  <input type="checkbox"/> Neue aufgetretene Abneigung gegen Fleisch und Wurst  <input type="checkbox"/> Nachtschweiß  <input type="checkbox"/> Fieber (&gt;38°C)</p>

**Für Frauen:**

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft:  nein  ja

Gab es bereits Schwangerschaften bzw. Geburten:  nein

ja:  natürliche Geburt  Kaiserschnitt  Fehlgeburt  Sonstiges:

Bekommen Sie Ihre Periode noch:

ja:  regelmäßig  unregelmäßig

nein:  Wechseljahre  Hormonpräparat  unbekannt  Sonstiges:

Gehen Sie regelmäßig zur Untersuchung durch den/die Gynäkologen/in:

nein  ja:

Hatten oder haben Sie gynäkologische Beschwerden:

nein ja, bitte eintragen:

- Menstruationsbeschwerden
- Wechseljahresbeschwerden
- Veränderungen der Brust / Brustkrebs
- Scheidenpilzinfektion
- Harnwegs- / Blaseninfektion
- Blasenschwäche / Inkontinenz
- Eierstock- / Eileiterentzündung
- Endometriose
- Ovarialzyste
- Sonstiges:

Wurden Ihre Beschwerden mit einem Antibiotikum behandelt:  nein  ja

Hatten Sie gynäkologische Operationen:  nein

ja: Was? Wann?

Gab es Komplikationen:  nein ja, bitte eintragen:

- Narben
- Entzündungen
- Verwachsungen
- Sonstiges: