

Anamnese-Bogen/Erwachsene ab 16 Jahre

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. **Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut wie möglich!** Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Name, Vorname: geb. am:

weibl. männl. divers Größe (cm): Gewicht (kg):

Kinder: Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet verpartnert

Beruf: Krankenkasse:

Was sind Ihre hauptsächlichsten Beschwerden, seit wann haben Sie diese und was wurde dagegen unternommen?

Sind Sie zeitgleich noch bei anderen Therapeuten/Ärzten in Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen des gleichen Problems? Ja Nein

Wenn ja, wegen anderer Erkrankungen? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 4 Wochen im Krankenhaus? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Nerven / Knochen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muskeln / Gelenken | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herz / Kreislaufsystem | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lunge / Atemwegen z.B. Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen / Darmsystem / Verdauung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niere / Harnsystem / | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haut / Pilz / Ausschlag / Herpes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC, ...) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unterleib / Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Auslandsaufenthalt/Urlaub d. letzten 6 Mon. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Welche? Wann? Wie?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wie oft? Seit wann?

Haben Sie

- Unfallverletzungen Ja Nein
- frühere Krankheiten Ja Nein
- frühere Operationen Ja Nein
- hohen Blutdruck Ja Nein
- Zuckerkrankheit Ja Nein
- erhöhte Blutfette Ja Nein
- Gicht Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Allergien Ja Nein
- Gewichtsprobleme Ja Nein

Welche? Wann? Wie?

Gibt es in Ihrer Familie?

- Herzerkrankungen Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein
- Schlaganfälle Ja Nein
- Übergewicht Ja Nein
- Zuckerkrankheit Ja Nein
- Krebsleiden Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Rücken- und Gelenkkrankheiten Ja Nein
- andere Krankheiten Ja Nein

Bei welchen Verwandten?

Ihre Gewohnheiten

- | | |
|--|--|
| Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinken Sie Kaffee? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie viel Stress? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Treiben Sie Sport? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schlafen Sie gut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Essen Sie frisches Gemüse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Alle Informationen sind freiwillig und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ort, Datum:

Name:

--