

Anamnesebogen / Erwachsene

1. Welche akuten Beschwerden haben Sie zur Zeit?

- Welche **Beschwerden** haben Sie **momentan bzw.** warum kommen Sie zu uns?

- **Wo** sind die Beschwerden genau?

- **Wie** fühlen sich die Beschwerden an? Strahlen Sie aus?

- **Wann und wie** hat es begonnen? Gab es einen Ihnen bekannten Auslöser?

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen

- Leiden Sie unter **chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes...)**? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie **Allergien**? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- Hatten Sie, im Lauf des Lebens, **Unfälle** (z.B. Autounfall, Stürze...) gehabt? • Ja • Nein
Wenn ja, wann?

- Haben Sie **Operationen** gehabt? • Ja • Nein
Wenn ja, welche? Wann?

- Haben Sie **schwere Krankheiten** durchgemacht? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie Kinderkrankheiten durchgemacht? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- Haben Sie **psychiatrische Vorerkrankungen** (Depression, Phobie...)? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

3. **Medikamente?**

- Nehmen Sie **Medikamente**? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- **Seit wann** und **wogegen** nehmen Sie diese Medikamente?

- Nehmen Sie **Abführmittel? Schlafmittel? Nahrungsergänzungsmittel? Homöopathische Mittel?**

4. **Schaffen wir uns einen Überblick**

- Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**? • Ja • Nein

- **Schwitzen** Sie nachts viel? • Ja • Nein

- Haben Sie (ohne Absicht) stark **abgenommen**? • Ja • Nein

- Haben Sie öfters **Fieber** oder **erhöhte Temperatur**? • Ja • Nein

- Haben Sie öfters **niedrige Temperatur**? • Ja • Nein

- Treten bei Ihnen schnell **blaue Flecken** auf? • Ja • Nein

- **Heilen** bei Ihnen **Wunden schlecht** aus? • Ja • Nein

- Leiden Sie unter **Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend**? • Ja • Nein

- Leiden Sie unter **Herzjagen oder Herzstolpern**? • Ja • Nein

- Leiden Sie unter **Blutdruckprobleme**? • Ja • Nein

- Leiden Sie unter **Husten**? • Ja • Nein

Wenn ja, wie lange schon?

- Ist beim Husten ein **Auswurf** dabei? • Ja • Nein
Wenn ja, wie ist der Auswurf (Farbe, Konsistenz)?

- Ist **Blut im Auswurf** dabei? • Ja • Nein

- Haben Sie **Halsschmerzen**, bzw. **Schmerzen beim Schlucken**? • Ja • Nein

- Haben Sie **Probleme mit der Schilddrüse**? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- Leiden Sie unter **Atemnot**? • Ja • Nein
Wenn ja, wie lange schon?

- Wie **ernähren** Sie sich überwiegend?
Gemüse - Fleisch - Fisch - Obst - Süßigkeiten - _____

- Leiden Sie unter **Appetitlosigkeit**? • Ja • Nein
Wenn ja, seit wann?

- Haben Sie plötzliche **Abneigung gegen bestimmte Speisen**? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?

- Leiden Sie unter **Bauchschmerzen**? • Ja • Nein
Wenn ja, wo im Bauch (rechts, links, oberhalb-unterhalb vom Nabel)?

- Leiden Sie unter **Übelkeit oder Erbrechen**? • Ja • Nein
Wenn ja, wann?

- Leiden Sie unter **Sodbrennen**? • Ja • Nein
Wenn ja, wann?

- Leiden Sie unter **Blähungen**? • Ja • Nein
Wenn ja, wann?

- Haben Sie **täglich Stuhlgang**? • Ja • Nein
Wenn nein, welche Stuhlfrequenz besteht bei Ihnen? Seit wann ist das so?

- Leiden Sie unter **Durchfall**? • Ja • Nein
Wenn ja wie häufig/Tag? Seit wann ist das so?
- Leiden Sie unter **Verstopfung**? • Ja • Nein
Wenn ja, wie oft?
- Haben Sie **Blut im Stuhl** bemerkt? • Ja • Nein
- Haben Sie **Schmerzen oder Brennen beim Wasser lassen**? • Ja • Nein
- Bemerken Sie **Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe**? • Ja • Nein
- Haben Sie **Blut im Urin** festgestellt? • Ja • Nein
- Haben Sie **Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten**? • Ja • Nein
Wenn ja (bei Belastung oder in Ruhe)?
- Bemerken Sie eine **Abschwächung des Harnstrahls oder ein Nachtröpfeln**? • Ja • Nein
- Müssen Sie **nachts regelmäßig aufstehen, um Wasser zu lassen**? • Ja • Nein
- Liegen oder lagen **Nierensteine** bei Ihnen vor? • Ja • Nein

5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- Sind Sie **Schwanger**? • Ja • Nein
 - Wie lange ist die **Zyklusdauer**?
 - Wie ist die **Blutungsstärke**?
- Schwach Normal Stark _____
- Treten **Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung** auf? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?
 - Haben Sie Schmerzen während oder nach dem Geschlechtsverkehr? • Ja • Nein
 - Wie verhüten Sie?

Pille Spirale 3- Monats-Spritze Stäbchen

6. Spezifische Anamnese des Mannes:

- Leiden Sie unter **Erektionsstörungen oder Impotenz**? • Ja • Nein
- Leiden Sie unter einer **Hodenschwellung**? • Ja • Nein
- Leiden Sie unter **Schmerzen im Hodenbereich**? • Ja • Nein
- Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**? • Ja • Nein
- Wie **verhüten** Sie?

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

- Wie ist Ihr **körperliches Allgemeinbefinden**?

Gut Normal Schlecht
- Wie ist Ihr **geistig-seelisches Allgemeinbefinden**?

Gut Normal Schlecht
- Sind Sie öfters krank? • Ja • Nein
- Fühlen Sie sich leistungsfähig? • Ja • Nein
- Was sind Ihre Hobbys?
- Gehen Sie sportlichen Betätigungen nach? • Ja • Nein
Wenn ja, welche wie oft?
- Haben Sie Sorgen? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?
- Haben Sie Ängste oder Phobien? • Ja • Nein
Wenn ja, welche?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? • Ja • Nein

- Knirschen Sie mit den Zähnen? • Ja • Nein
Wenn ja, wann?
- Rauchen Sie? • Ja • Nein
Wenn ja, wie viel täglich?
- Trinken Sie täglich Alkohol? • Ja • Nein
Wenn Ja, wie viel?
- Welche Tätigkeiten üben Sie beruflich aus?
- Leben Sie in einer Partnerschaft? • Ja • Nein
- Haben Sie Kinder? • Ja • Nein
Wenn ja, wie viele? Wie alt?
- Gibt es chronische Erkrankungen bei den Eltern und nahen Verwandten? • Ja • Nein
(z.B. Krebs, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf, Lunge)
Wenn ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen? Gibt es vielleicht noch etwas, was wir wissen sollten?

Therapeut: _____ **am** _____