

Anamnese - Fragebogen

Julia Stade * Pappelallee 10 * 04821 Brandis



Name	_____	Geburtstag	_____
Vorname	_____	Tel. Privat	_____
Straße	_____	Tel. Beruflich	_____
PLZ - Ort	_____	Mobil	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____
Wer hat mich empfohlen? _____		Familienstand/Kinder _____	

Versicherung: ☐ Gesetzlich (AOK, DAK usw.) ☐ Beihilfe/ Post ☐ Privat-Versicherung

Die Angaben dienen der Vorbereitung und Durchführung Ihrer Behandlung (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO).
Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzhinweisung für Patientinnen und Patienten.

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

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, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Psychische Erkrankungen, Suizid, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

Allergien

Gibt es Allergien?

Pollen/ wann _____

Nahrungsmittel _____

Medikamente _____

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends
halbseitig – links – rechts – doppelseitig

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann? _____

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration

Ohren links / rechts _____ Tinnitus seit _____ Schwerhörigkeit seit _____ andere _____

Zähne / Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ☐ Ja ☐ Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnfüllmaterialien ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

Lunge Bronchitis, häufig Husten

Leber Entzündung – Hepatitis

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien _____

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch _____

Stuhlgang täglich, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach: _____
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, **Konsistenz: schnittfest**
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,
kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft
Nahrungsreste enthalten, usw.

Rücken - Arme - Beine - Haut

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma
Haut / Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung
Narben	Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben? O Ja - bitte unbedingt beim Besuch zeigen - auch kleine O Nein

Unterleib - Gynäkologie

Gynäkologie	Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, sexuell übertragbare Infektionen usw.
Menses	Wann war die erste Menses? _____ Wann die letzte? _____ Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche? _____ Klimakterische Beschwerden: _____

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? _____

Prostata	vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
Niere / Blase	Nierensteine, Entzündungen – häufig
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach: _____

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht	_____	Meine Körpergröße	_____
Meine Blutgruppe	_____	Mein 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? Welchen, seit wann?	_____		
Schlaf	Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen		
Schlafzeit	übliches zu Bett gehen: _____ übliches Aufstehen: _____		

Schmerzfragen

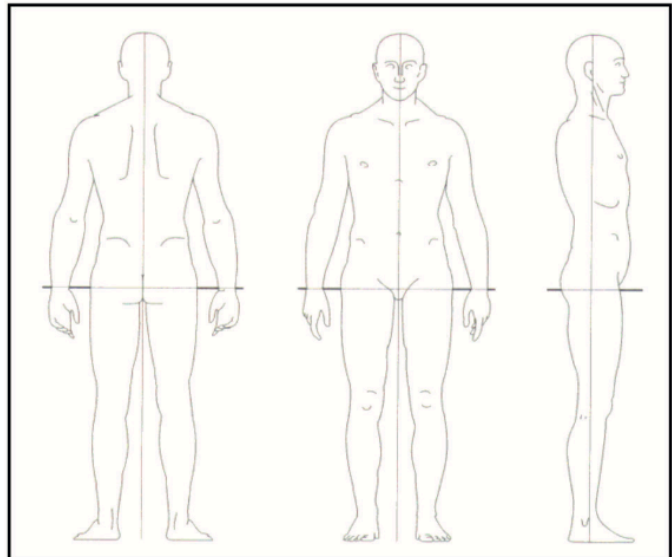
Wo treten Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen.

Kreuz - punktförmiger Schmerz
Linie - unklare Schmerzlokalisation
Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1	2	3	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, seltener

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, Tageszeit

Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit,
Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel,
Bewegungseinschränkung
Sonstiges _____

Schmerzbehandlung bisher, wie? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

TCM-Diagnostik (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Körperwärme	Frieren Sie leicht oder ist Ihnen eher zu warm?, kalte Hände/Füße, Mögen Sie es lieber kühl oder warm? Wie ertragen Sie Hitze oder Kälte?, Mögen Sie gerne warmes oder kaltes Essen?
Abwehrkräfte	Infektanfälligkeit/ häufige Infekte, häufig Schnupfen, Husten, Halsentzündungen, Bronchitis, grippale Infekte
Körperliche Leistungsfähigkeit	Im Vergleich zu früher gleich/ geringer
Kreislauf/ Blutdruck	Wird Ihnen leicht schwindelig oder schwarz vor Augen, niedriger/ hoher Blutdruck
Gewicht	Neigen Sie zu Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust?
Haut/ Schleimhäute	Haut trocken, fettig, trockene Schleimhäute der Augen, Atemwege, Mund
Appetit/ Durst	Appetit - Essen Sie deutlich mehr als Andere?, Haben Sie oft Heißhunger?, Wird getrunkenes Wasser eher eingelagert oder wird es schnell wieder ausgeschieden?, Durst - wenig/ viel
Stuhlgang/ Urin	Auffälligkeiten:
Zunge (<i>keine Angaben notwendig</i>)	Zungenkörper: Zungenbelag:
Vorlieben/ Abneigungen	Bevorzugen Sie einen Geschmack: süß, sauer, scharf, bitter, salzig Vertragen Sie bestimmte Lebensmittel schlecht (z.B. Rohkost, Milch, Milchprodukte) Vertragen Sie ein bestimmtes Klima nicht gut: Kälte, Wärme, Trockenheit, Feuchtigkeit?

Datum, Unterschrift