

Name: _____

Geburtsdatum: _____

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.

➤ **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?

Treiben Sie Sport?

Familienkrankheiten?

- ❖ **Vitalität** Wie fit fühlen sie sich auf einer Skala von 1-10

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

- ❖ **Leiden Sie unter Allergien?**

- **Pollen**, seit wann?

- **Nahrungsmittel**, seit wann?

❖ **Leiden Sie unter Kopfschmerzen?** wie oft?

❖ **Leiden Sie unter Haarausfall?** Seit wann?

❖ **Leiden Sie an Verdauungsbeschwerden?**

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Gallensteine,

❖ **Gynäkologie** **Verhütungsmittel**, wenn ja welches?

Menstruationsbeschwerden, wenn ja welche?

Klimakterische Beschwerden, wenn ja welche?

Sonstige Beschwerden?

❖ **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 _____



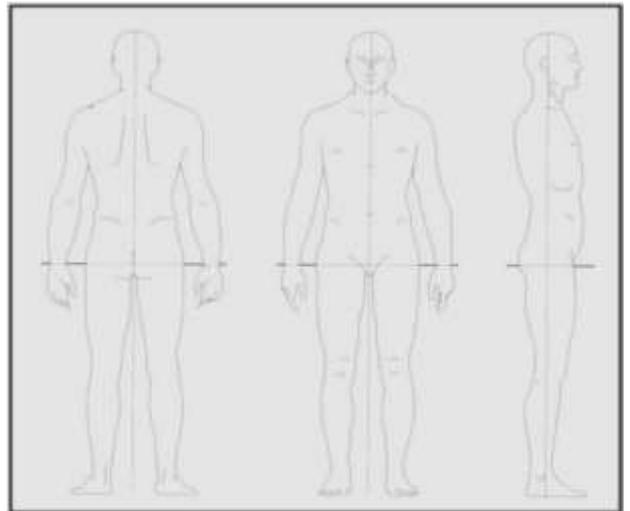
➤ Schmerzfragen:

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?

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 _____