

Muster-Anamnesebogen der Fern- und Heilpraktikerschule Isolde Richter

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name

Vorname

geb.

PLZ und Wohnort

Straße

Beruf

Familienstand

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerde, wegen der die Praxis aufgesucht wird:

Was? (freie Schilderung)

.....

Wo? (Lokalisation)

.....

Wie? z.B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz), Schmerzintensität:

.....

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

.....

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren)

.....

Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf? (z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislauf-erkrankungen)

Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)?

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

Allgemeine Lebensführung

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich?

Welche Sorte Alkohol?

Menge:

Sorte:

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?

Zigaretten täglich:

Seit Lebensalter:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?

 Ja Nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?

 Ja Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam?

 Ja Nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

 Ja Nein

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?

Zeit:

Haben Sie große Sorgen?

 Ja Nein

Sind Sie nervös?

 Ja Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?

 Ja Nein

Haben Sie auffallend viel Durst?

 Ja Nein

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?

 Ja Nein

Allergien	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	Allergie gegen: Welche:

Kopfbereich	
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche:

Halsbereich	
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie lange:

Brustbereich		
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja Wie lange: Beschaffenheit: <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bauchbereich		
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja Welche:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja Beschwerde:	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja Veränderung	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Arme und Hände		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Beine und Füße		
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Harn- und Geschlechtsorgane		
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja Veränderung:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau		
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?		
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?		
Wie lange ist die Zyklusdauer?		
Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal stark?)		
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haut		
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hautjucken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sonstiges: