



Anamnese/ Befundbogen

Persönliche Daten

Name, Vorname _____ / Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Kinder: _____

Beruf: _____

Grund des Besuches: _____

Besteht eine Schwangerschaft / oder in Planung: _____

Akute Beschwerden

Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Wie sind die Beschwerden (z.B. Brennend / Stechend / Ziehend / Ausstrahlend / dumpf /
krampfartig / kolikartige / klopfend /usw.)

Wo sind die Beschwerden? _____

Wie oft sind die Beschwerden? _____

Gab es einen Auslöser? _____

Wann treten die Schmerzen auf am Tag oder in der Nacht / bei Ruhe oder Belastung?

Was verschlimmert den Schmerz? (Kälte, Wärme, Bewegung, Husten/Niesen, Tageszeit usw.)

Was verbessert den Schmerz? (Ruhe, Bewegung, Kälte, Wärme usw.)

Gibt es Begleiterscheinungen (z.B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit,
Schweißbildung, Nachtschweiß)

Erkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Stoffwechselsystem

Diabetes mellitus	Gewichtsveränderung	Ödeme
Lebererkrankung	Schlaflosigkeit	Übelkeit
Collitis ulcerosa	Morbus Crohn	Reizdarm
Blähungen	Gastritis	Sodbrennen
Blutungen	Gallensteine	Durchfall
Schilddrüse	Verstopfung	wechselnde Stuhlgänge

Skelettsystem

Osteoporose	Morbus Bechterew	Scheuermann
Frakturen	Wirbelsäulenerkrankung	Gelenkbeschwerden
Rückenschmerzen	Bewegungseinschränkung	Nackenschmerzen
Rheuma	Fibromyalgie	Bandscheibenvorfälle

Herz- Kreislaufsystem

Blutdruck hoch/niedrig	Herzrhythmusstörung	Schwindel
Schlaganfall	Herzinfarkt	AVK
Krampfadern	Ödeme	Brustschmerz
Sehstörung		

Atmungsorgan

Chronischer Husten	Atemnot	Asthma bronchiale
Chronische Erkältung	Kurzatmigkeit	Tuberkulose

Urogenitalsystem

Blasenentzündung	Harninkontinenz	Harnverhalt
Harndrang	Nierensteine	Nierenentzündung
Blutungen		

Gynäkologie

Menopause	unregelmäßige Periode	Schmerzhafte Periode
Brustschmerzen	Hitzewallungen	Prämenstruelles Synd.

Haut

Neurodermitis	Haarausfall	blaue Flecken
Juckreiz		
Allergien welche?		

Ohren

Tinnitus	Schwerhörigkeit	Mittelohrentzündung
----------	-----------------	---------------------

Zähne

Zahnersatz	Füllungen	Kiefergelenkprobleme
Zähneknirschen	Beißen Nachts	

Schlaf

Schlaflosigkeit	häufiges Erwachen	Einschlafstörung
Nachtschweiß	Sprechen im Schlaf	

Neurologische Erkrankungen

Anfallsleiden	Tremor	Sensibilitätsstörungen
Vergesslichkeit	Nervosität	Angststörung
Tremor	Konzentrationsstörung	

Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (Z.B. Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herz- Kreislauferkrankungen, Depression, Neurodermitis)

Lebensstil

Werden Sie nachts wach, wann und warum?

Rauchen Sie?

Nein

Ja (wieviel) _____

Trinken Sie Alkohol

Nein

Ja (wie oft?) _____

Haben Sie Heißhunger auf was Süßes

Nein

Ja

Wie ernähren Sie sich (vegan, vegetarisch, Mischkost)

Sportliche Aktivität

Wie ist Ihr Stuhlgang? (Regelmäßig/Unregelmäßig, Konsistenz, wie oft)

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder sonstige Sachen ein?

Bezeichnung	wie oft

Sonstiges

Datum

Unterschrift