

# Anamnese – Fragebogen

Finn Scheunemann \* Ottenser Hauptstraße 11 \* 22765 Hamburg



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Tel. privat/beruflich \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Wie haben Sie die Praxis gefunden/wer hat Sie empfohlen: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Gesetzliche KV (DAK etc.)       Beihilfe/Post       Private KV

## **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 genug Zeit. Vielen Dank

**Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?**

---

---

---

**Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten am Tag?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja, wären Sie bei entsprechender Unterstützung daran interessiert aufzuhören?**

---

---

---

---

**Bekannte Diagnosen**

**Vorherrschende Symptome**

---

---

---

---

**Wo haben Sie Schmerzen, seit wann und wie stark (Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (unerträglich))?**

---

---

---

**Gab es Ereignisse, die zu einer Instabilität der HWS (Halswirbelsäule) geführt haben könnten z.B. Schleudertrauma, Kopfverletzungen? Wenn ja, wann?**

---

---

**Was ist unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden geschehen?**

z.B. Unfall, Trennung, Trauer Schmerz, Operation, Medikamente etc.

---

---

---

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

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäß-krankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

---

**Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Corona usw.

---

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen.

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

---

**Gibt es Allergien?**

Pollen / wann

---

Nahrungsmittel

---

**Kopf**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends  
halbseitig – links - rechts - doppelseitig -

---

**Haare**

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann \_\_\_\_\_

**Augen**

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration usw.

---

**Ohren**

links / rechts \_\_\_\_ Tinnitus seit \_\_\_\_ Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_, andere \_\_\_\_\_

**Zähne/ Kiefer**

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein (wenn Ja, wie \_\_\_\_\_)

Gibt es Wurzelbehandelte Zähne? O Ja O Nein (wenn Ja, wie viele \_\_\_\_\_)

**Zahnfüllmaterialien**

O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

## **Nase**

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft

---

## **Mandeln**

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

---

## **Schilddrüse**

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, wurde schon mal ein Ultraschall gemacht?

---

## **Brust und Bauch**

### **Herz**

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

---

### **Lunge**

Bronchitis, häufig Husten,

---

### **Brust**

Knoten, Verhärtungen, Schmerzen

---

### **Leber**

Entzündung - Hepatitis

---

### **Galle**

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

---

### **Magen**

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien

---

### **Darm**

Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Schmerzen, Krämpfe, Blähungen – Geruch

---

### **Stuhlgang**

Täglich (wie häufig?) \_\_\_\_, jeden 2.3.4. Tag, unregelmäßig, riecht nach \_\_\_\_\_  
Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, Konsistenz: schnittfest, Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft schwimmender Stuhl, viel Klopapier, Essensrückstände im Stuhl 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, Nagelbettentzündungen

---

**Tragen Sie Piercings, Tattoos oder befinden sich – abgesehen von Zahnersatz-Ersatzteile bzw. Implantate in Ihrem Körper?**

---

**Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

0 Ja, wo? \_\_\_\_\_

0 Nein

## **Unterleib – Gynäkologie**

### **Gynäkologie**

Ausfluss - Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten usw. \_\_\_\_\_

### **Menses**

Wann war die erste Menses \_\_\_\_\_ wann die letzte \_\_\_\_\_

Beschwerden vor - nach - während der Regel - welche \_\_\_\_\_

Wie lang ist ein Zyklus? \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Sexualität**

vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

---

**Allgemeines**

Mein aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_

Meine Körpergröße \_\_\_\_\_

Meine Blutgruppe \_\_\_\_\_

Mein Blutdruck \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_

**Ernährungsform aktuell**

---

---

---

---

**Ernährungsform in der Vergangenheit**

---

---

---

---

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; Herzklopfen, Gedankenkreisen

### **Schlafzeit**

übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Schlafplatz weitgehend frei von „Elektrosmog“** z.B. Radiowecker, Stromleitungen am Kopfende, Handy neben dem Kopf, Sendemast in der Nähe, eingeschaltetes WLAN, permanent sendende Basisstation der Schurlostelefon?

---

### **Nutzen Sie in den Abendstunden Monitore z.B. TV, Handy, Rechner?**

Wenn ja, bis wie viel Uhr und verwenden Sie dabei Blaulichtfilter?

---

### **Traumerinnerung**

Haben Sie regelmäßig eine Traumerinnerung? O Ja O Nein

Gibt es Träume, die sich wiederholen?

---

### **Lebensumstände**

Welche einschneidenden Erlebnisse hatten Sie als Kind /Jugendliche-er) /Erwachsene-er?

Unfall, schwere Erkrankung (physisch/psychisch), Verlust eines geliebten Menschen,

Enttäuschung, Kummer, Sorgen, Nöte, veränderte Lebensumstände etc.

---

### **Schmerzfragen (nur bei Schmerzthematik beantworten)**

**Wo treten Schmerzen auf?**

---

**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, krabbelnd, reißend, 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, Urlaub \_\_\_\_\_

**Andere Symptome zum Schmerz**

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung \_\_\_\_\_

**Schmerzbehandlung bisher, wie?**

\_\_\_\_\_

**Bisherige Medikation:**

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen (auch Nahrungsergänzungsmittel angeben).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie im letzten Jahr Antibiotika oder Cortison genommen?**

\_\_\_\_\_

**Haben Sie schonmal Antibiotika der Klasse der Fluorchinolone (z.B. Ciprofloxacin) eingenommen, z.B. aufgrund einer Blasenentzündung? Wenn ja, wann?**

\_\_\_\_\_



**Welche Therapien haben Sie bisher gemacht?**

---

---

---

---

**Chronologie der Krankengeschichte**

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

---

---

---

---

0 = nicht vorhanden    1 = gering (25%)    2 = mäßig (50%)    3 = stark (75%)    4 = sehr stark (100%)

Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
Migräne	0	1	2	3	4
Akne	0	1	2	3	4
Neurodermitis	0	1	2	3	4
Jucken	0	1	2	3	4
Psoriasis/Schuppung	0	1	2	3	4
Völlegefühl	0	1	2	3	4
Blähungen	0	1	2	3	4
Hautunreinheiten	0	1	2	3	4
Unruhe	0	1	2	3	4
Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4
Angstzustände	0	1	2	3	4
Infektanfälligkeit	0	1	2	3	4
Bluthochdruck	0	1	2	3	4

Aufstoßen	0	1	2	3	4
Durchfall	0	1	2	3	4
Magendarmbeschwerden	0	1	2	3	4
Gelenkschmerzen	0	1	2	3	4
Leistungsfähigkeit	0	1	2	3	4
Erschöpfung	0	1	2	3	4
Chronische Müdigkeit	0	1	2	3	4
Gefühlsschwankungen	0	1	2	3	4
Konzentrationsstörungen	0	1	2	3	4
Atemnot	0	1	2	3	4
Schwindel	0	1	2	3	4
Leistungsfähigkeit	0	1	2	3	4
Schmerzmittelkonsum	0	1	2	3	4
Menstruationsbeschwerden	0	1	2	3	4