



Anamnesebogen für weibliche Patienten

Persönliches

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Größe:

Anleitung für das Ausfüllen des Anamnesebogens:

Alle Angaben sind freiwillig, ich ersuche Sie dennoch, den Bogen genau auszufüllen.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, dann schreiben Sie bitte „k.A.“ in die entsprechende Zeile. Unterstreichen Sie die für Sie zutreffenden Beispiele oder beantworten Sie die Fragen mit eigenen Worten.

Selbstverständlich unterliege ich der Schweigepflicht!

Nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit zum Beantworten. Vielen Dank!

Sie haben sich für eine naturheilkundliche Behandlung entschieden. Was sind Ihre Beweggründe und welche Hoffnungen/Erwartungen haben Sie, was möchten Sie erreichen? Was sind Ihre Ziele?

Beruf

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Seit wann üben Sie diesen Beruf aus?

Erfüllt Sie Ihre Tätigkeit?

Hobbies/Freizeitgestaltung/Sport

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Treiben Sie Sport?

Welche Sportart treiben Sie?

Wie oft gehen Sie dieser Sportart nach? Täglich / ... mal wöchentlich / gelegentlich

Medikamente:

Nehmen Sie Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?

Art:

Einnahme:

..... morgens / mittags / abends / nachts

..... morgens / mittags / abends / nachts

..... morgens / mittags / abends / nachts

..... morgens / mittags / abends / nachts

Impfungen:

Welche Impfungen haben Sie durchführen lassen? Hatten Sie Reaktionen darauf?

Fieber / Krämpfe / Unruhe /Verhaltensänderungen / Schmerzen

Impfung:

Datum:

Reaktion:

..... F / K / U / V / S / keine

..... F / K / U / V / S / keine

..... F / K / U / V / S / keine

..... F / K / U / V / S / keine

Operationen:

Datum:

Art der OP:

Komplikationen:

.....

.....

.....

.....

Lebensgewohnheiten

Essen:

Wie oft essen Sie täglich?

Essen Sie Zwischenmahlzeiten? Wenn ja, wann und was essen Sie?

Leben Sie sich nach bestimmten Ernährungsrichtungen?

Wie sieht Ihr Speiseplan aus?

morgens: Uhr

mittags: Uhr

abends: Uhr

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten auf bestimmte Nahrungsmittel?

Rauchen Sie?

Nichtraucher / Gelegenheitsraucher / Raucher

Wenn ja, wieviel?

Haben Sie schon mal überlegt, mit dem Rauchen aufzuhören oder es schon mal getan?

Was hat zum Rückfall geführt?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen?

Welche:

Wie häufig:

Trinkgewohnheiten:

Wieviel und was trinken Sie pro Tag?

Trinken Sie, weil Sie durstig sind oder zwingen Sie sich zum Trinken?

Trinken Sie Alkohol?

Welchen Alkohol trinken Sie?

Bier	täglich / wöchentlich / gelegentlich	Menge:
Wein	täglich / wöchentlich / gelegentlich	Menge:
Sekt	täglich / wöchentlich / gelegentlich	Menge:
Likör	täglich / wöchentlich / gelegentlich	Menge:
Schnaps	täglich / wöchentlich / gelegentlich	Menge:
andere	täglich / wöchentlich / gelegentlich	Menge:

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

z. B. Windpocken, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Kinderlähmung (Polio), Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Ruhr, Salmonellose, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten (Malaria, Dengue-Fieber, Gelbfieber,...), Tuberkulose, Tetanus, andere

Gab es Komplikationen? Welcher Art?

Tagesrhythmus

Wann stehen Sie auf?

Wann gehen Sie für gewöhnlich schlafen?

Leiden Sie unter: Schlaflosigkeit / häufigem Erwachen (Uhrzeit!) / Einschlafstörungen / Durchschlafstörungen / Nachtschweiß / heißen Füßen / kalten Füßen / Unruhe in den Beinen / Zähneknirschen / Sprechen im Schlaf / Alpträumen

Müssen Sie nachts auf die Toilette? Wie oft?

Beschreiben Sie bei Bedarf Ihr Schlafproblem:

Wie gestalten Sie Ihren Tagesablauf?

Leiden Sie unter Allergien?

Pollen / Tierhaare / Hausstaub / Lebensmittel

Wie ist Ihre Reaktion bei Kontakt mit dem Allergen?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie aufgetreten? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister) z. B.: Diabetes E (für Eltern)

Diabetes / Krebs / Tuberkulose / Geisteskrankheiten / Depressionen

Selbstmord / Herzerkrankungen / Gefäßerkrankungen / Schlaganfall

Asthma / Rheuma / Nierensteine / Gallensteine / Gicht / Migräne

Schuppenflechte / Neurodermitis / multiple Sklerose /

Schilddrüsenerkrankungen

„Frauensachen“

Wann hatten Sie Ihre erste Periode?

Wie lange dauert Ihr Zyklus?

Haben Sie Beschwerden? vor / während / nach der Periode / keine Beschwerden

Wie viele Tage dauert Ihre Periode?

Wenn Sie Kinder haben:

Wie verlief(en) die Schwangerschaft(en)?

Wie verlief(en) die Geburt(en)?

Litten Sie unter Wochenbettdepressionen?

Wenn Sie bereits im Klimakterium sind oder schon waren – wann hatten Sie Ihre letzte Periode?

Leiden oder litten Sie an Wechselbeschwerden? Wenn ja, welcher Art?

Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

Haben Sie Beschwerden beim Geschlechtsverkehr?

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Kopf:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Manchmal / häufig / oft

morgens /abends / tagsüber

Welcher Bereich schmerzt?

Stirnregion, Augenregion, Schläfenpartie, Hinterhauptkopfschmerz

links / rechts / halbseitig / doppelseitig

Haare:

Haarausfall kreisrund / vereinzelt / seit wann:

kein Haarausfall

Augen:

kurzsichtig / weitsichtig / Grauer Star, Macula Degeneration, etc

Ohren:

Mittelohrentzündungen / Tinnitus seit..... / Schwerhörigkeit auf dem linken – rechten

Ohr seit / Hörsturz (wann?) / andere Beschwerden am Ohr:

Zähne, Kiefer:

Wie oft gehen Sie zum Zahnarzt?

Sind Ihre Zähne saniert?

Welche Füllmaterialien wurden verwendet? Amalgam / Gold / Keramik / Kunststoff

Wurde bei Ihnen eine Amalgamausleitung durchgeführt? Nein / ja (wann?)

Nase:

Leiden Sie oft unter Nasennebenhöhlenentzündungen?

Haben Sie eine behinderte Nasenatmung / verstopfte Nase / oft Fließschnupfen?

Wie ist Ihre Infektionsbereitschaft – sind Sie schnell angesteckt, wenn ein Anderer hustet und schnupft?

Mandeln:

Wurden Ihre Mandeln entfernt? Wenn ja, wann?

Leiden Sie häufig unter Mandelentzündungen?

Hatten Sie als Kind häufig Mandelentzündungen?

Hals:

Leiden Sie unter Schluckbeschwerden? Bitte beschreiben Sie diese:

Schilddrüse:

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer Überfunktion / Unterfunktion / Hashimoto Thyreoiditis / Vergrößerung der Schilddrüse leiden?

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert? Wenn ja, wann und was wurde operiert?

Brustbereich:Herz:

Leiden Sie unter Herzbeschwerden / Stechen / Herzstolpern / Rhythmusstörungen / Beklemmungsgefühl / Angina pectoris / andere Beschwerden am Herz

Hatten Sie schon einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann?

Beschreiben Sie bitte bei Bedarf Ihre Beschwerden:

Lunge:

Leiden Sie häufig unter Bronchitis / häufigem Husten / Bluthusten / anderen Beschwerden?

Hatten Sie jemals eine Lungenentzündung?

Bauchraum:Magen:

Haben Sie häufig Völlegefühl / Gastritis / Sodbrennen / Aufstoßen / Schmerzen (vor / während / nach dem Essen)?

Bluterbrechen?

Galle:

Leiden Sie unter Gallensteinen / Fettunverträglichkeit / Druck im rechten Oberbauch / Koliken?

Gibt es einen Zusammenhang der Beschwerden mit der Nahrungsaufnahme?

Hatten Sie eine Gallenoperation? Wann?

Bauchspeicheldrüse:

Sind Sie Diabetiker? Typ I / Typ II seit:

Hatten Sie mal eine Bauchspeicheldrüsenentzündung / andere Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?

Haben Sie Probleme mit Unterzuckerung?

Leber:

Hatten Sie eine Hepatitis? Wann?

Leiden Sie unter Druck im rechten Oberbauch?

Darm:

Wurden Sie je am Darm operiert? Wenn ja, wann und was wurde operiert?

Leiden oder litten Sie an Darminfektionen / Darmverschluss / Blähungen (Meteorismus) / abgehenden Winden (Flatulenzen) / Hämorrhoiden?

Stuhlgang:

täglich / unregelmäßig / jeden 2. 3. 4. Tag

Neigung zu Verstopfung / Neigung zu Durchfall

Konsistenz: breiig / hart / weich / schmierig / knollig (erinnert an Schafkot) / schnittfest

Ist der Stuhl geformt?

Farbe des Stuhls: schwarz / braun / lehmfarbig

Geruch: übelriechend / geruchlos

Haben Sie Probleme, den Stuhl zu halten?

Haben Sie das Gefühl, nicht fertig zu werden?

Niere und ableitende Harnwege:

Hatten Sie schon mal eine Nierenkolik / Nierensteine / Nierengrieß / Entzündung?

Leiden Sie häufig unter Harnwegsinfekten / Blasenentzündungen?

Harnverhalten:

Wie oft gehen Sie täglich zur Toilette?

Kommt bei jedem Gang die erwartete Menge an Harn?

Kann der Harn gehalten werden oder leiden Sie an Harninkontinenz?

Ihr Harn riecht nach:

Unterleib – Gynäkologie:

Wie oft gehen Sie zum Gynäkologen?

Waren die Untersuchungen bisher alle in Ordnung?

Leiden oder litten Sie an Ausfluss / Eierstockentzündungen / Tumoren / Zysten / Myomen / Geschlechtskrankheiten?

Hatten Sie schon mal eine Fehlgeburt? Wann?

Mussten Sie sich einer Ausschabung unterziehen? Wann?

Extremitäten und Bewegungsapparat

Arme:

Verletzungen / Schmerzen / Taubheitsgefühl / Tennisellenbogen / kalte Hände / Kribbeln / Operationen?

Bitte beschreiben Sie:

Beine:

Schmerzen / Verletzungen / Taubheitsgefühl / kalte Füße / Kribbeln / Zucken der Beine / Krampfadern / Operationen / knacken Gelenke beim Gehen?

Bitte beschreiben Sie:

Rücken:

Leiden Sie unter Verspannungen / Schmerzen / Bewegungseinschränkung?

Haut/Nägel:

Leiden Sie unter Verbrennungen / Hautjucken / Warzen / Nagelpilz / anderen Pilzkrankungen / eingewachsenen Nägeln / Nagelbettentzündungen / Geschwüren?

Bitte beschreiben Sie:

Haben Sie von Operationen oder Verletzungen Narben davongetragen? Wenn ja, wo?
Bitte beim ersten Besuch zeigen.

Gewichtsverlauf:

Ihr derzeitiges Gewicht:

Gab es in den letzten Jahren/Monaten größere Gewichtsschwankungen? Wenn ja, wie viel kg mehr oder weniger?

Nun zum Wichtigsten:

Welche ist Ihre Hauptbeschwerde?

Wann trat diese zum ersten Mal auf?

Gab es ein auslösendes Ereignis – was ging dem Auftreten der Beschwerde voraus?
Z.B. Tod eines Familienmitgliedes / Erkrankung / Kummer / Schreck / Operation / Medikamente / Urlaubsreise (Flugzeug?)

Gibt es etwas, das die Beschwerden verbessert?

Ruhe / Bewegung / sitzen / liegen / Schlaf / Kälte / Wärme / Sport / andere

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

Ruhe / Bewegung / körperliche Belastung / Essen / Tageszeit / Stress / Wetter /
Menstruation / Kälte / Wärme / sonstiges

Wann treten die Beschwerden auf?

Wie ist das Schmerzempfinden?

Drückend / brennend / bohrend / ziehend / krampfartig / reißend / dumpf / kolikartig, ...

Strahlt der Schmerz aus? Wohin?

Wie oft treten die Beschwerden auf?

Täglich / ständig / wöchentlich / bei Belastung / in Ruhe

Wie wurde Ihre Hauptbeschwerde bisher behandelt und mit welchem Erfolg?

Wie beschreiben Sie Ihre derzeitige psychische Situation? Gibt es aktuell etwas, das Sie sehr belastet?

Chronologie Ihrer Krankengeschichte

Bitte erläutern Sie tabellarisch alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben: