

## Anamnese - Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

### Versicherung:

Gesetzlich (AOK, DAK usw.)      Beihilfe/Post      Privat-Versicherung

### 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. Die sorgfältige Beantwortung der Fragen hilft uns gemeinsam kein wichtiges Thema, keine wichtige Erkrankung (und somit Hinweis!) zu vergessen, wenn wir gemeinsam daran arbeiten, dass es Ihnen besser geht.

### Was ist Ihr Wunsch – für welche Beschwerden / Probleme wünschen Sie sich eine Verbesserung - was ist Ihr Ziel?

Bitte geben Sie den wichtigsten Wunsch unter 1.; den zweit-wichtigsten unter 2. usw. an:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Ihr aktuelles Körpergewicht ..... Ihre Körpergröße .....

Ihre Blutgruppe ..... Ihr Blutdruck .....

Trinken Sie Alkohol? ..... Rauchen Sie? .....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? .....

.....

Wie viele Liter und was trinken Sie pro Tag? .....

.....

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? .....

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? .....

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente

**Welche Diagnosen haben Sie hierzu bereits erhalten?**

**Welche Vorbehandlungen hatten Sie? (Zeitraum, ambulant, stationär, Dauer, Erfolg)**

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell - mit Dosierung und Dauer der Einnahme?**

(Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel etc.)

**Wie lautet Ihr Behandlungsziel?**

**Woran können Sie unzweifelhaft erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**Was würde sich in Ihrem Leben ändern, wenn Sie Ihr Problem überwunden haben?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**Welche Verhaltens- und Gewohnheitsänderungen und welche Änderungen Ihres Lebensstiles würden helfen, Ihr Ziel zu erreichen?**

**Was ist für Sie das Allerwichtigste im Leben?**

Gemeint ist nicht das Therapieziel, sondern Ihr Lebenssinn oder Werte wie: harmonische Partnerschaft, beruflicher Erfolg etc.

**Was ist Ihr größtes Hobby / Ihre größte Leidenschaft?**

### **Mögliche negative Konsequenzen der Heilung**

Wenn die Ursachen einer Erkrankung aufgelöst sind (und keine irreversiblen Schäden vorliegen), geschieht Heilung. Wenn keine Heilung eintritt, kann das daran liegen, dass die Heilung Konsequenzen hätte, die man bewusst oder unbewusst vermeiden will. Es kann also sein, dass der sekundäre Gewinn stärker ist als der primäre Schmerz.

In diesem Fall ist es sehr wichtig, diese Verhinderungsgründe in die Behandlung mit einzubeziehen. Auch wenn es sich eher um eine Ausnahme handelt, empfehle ich Ihnen, **folgende Fragen** gründlich zu durchdenken und zu beantworten, um Hindernisse für Heilung bereits im Vorfeld zu erkennen. Dies kann ausschlaggebend für den Erfolg der Behandlung sein.

**Was werden ich verlieren, wenn ich gesund werde / meine Beschwerden los werde?**

**Was gewinne ich, wenn ich das Problem behalte?**

**Gibt es andere negative Konsequenzen, Ängste, Umstände, die einer Heilung entgegenstehen?**

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

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

**Welche Auffrischungs-Impfungen haben Sie bekommen?** (Bitte Impfausweis mitbringen)

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

**Gab es Reaktionen auf die 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, HIV, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

**Kopf - Augen - Ohren - Halsbereich**

**Kopf** Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja: häufig - selten, morgens - abends, Stirn - Augen - Schläfen - Hinterhauptregion, halbseitig (links - rechts) - doppelseitig

**Haare** Haarausfall? Kreisrunder - vereinzelter? Seit wann .....

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig - weitsichtig, Grauer Star, Macula-Degeneration, Sonstiges .....

**Ohren** links / rechts .....Tinnitus seit ..... Schwerhörigkeit seit ....., Sonstiges .....

**Zähne/Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein  
Zahnfüllmaterialien:  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, Sonstiges .....

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Sonstiges .....

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Sonstiges .....

### **Brust und Bauch**

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen
Lunge	Bronchitis, häufig Husten,
Leber	Entzündung - Hepatitis
Galle	Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien: .....
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen, Geruch .....

### **Stuhlgang**

täglich, jeden 2.3.4.(?) Tag, unregelmäßig, riecht nach: .....

Stuhl hell - dunkel, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, übelriechend,  
Konsistenz / Beschaffenheit: schnittfest, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig,  
kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft,  
Sonstiges: .....

### **Rücken - Arme - Beine - Haut**

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Sonstiges: .....
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Sonstiges: .....
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Sonstiges: .....
Haut / Nägel	Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen, Sonstiges: .....

### **Narben**

- Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?
- Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine
- Nein

### Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, Sonstiges: .....

Menses Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel, welche .....

Andere klimakterische Beschwerden .....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Wenn ja, welche .....

Prostata vergrößert, Entzündungen gehabt - aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, Sonstiges: .....

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig, Sonstiges: .....

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, Sonstiges: .....

### Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit .....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen, Sonstiges: .....

Schlafzeit übliches zu Bett gehen ..... übliches Aufstehen.....

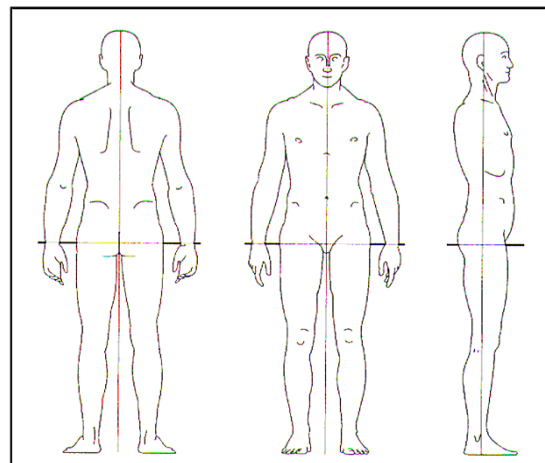
### Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

- Kreuz - punktförmiger Schmerz
- Linie - unklare Schmerzlokalisierung
- Pfeil - ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz

1 2 3 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?

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend,  
Kolik-artig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern die Schmerzen?

Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme,  
Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit ....., Wetterlage,  
Monatsblutung, Sonstiges .....

Welche Ereignisse verbessern die Schmerzen?

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub,  
Sonstiges .....

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung,  
Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit,  
Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges .....

Sind Sie bisher gegen die Schmerzen behandelt worden - und wenn ja, wie?

.....  
.....

### **Medikamente**

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Fühlen Sie sich durch die Medikamenteneinnahme eingeschränkt? Wenn ja, durch welche auf welche Weise?

.....



## **Behandlungen**

Sind Sie aktuell in sonstiger Behandlung (ärztlich, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch, homöopathisch,...)?

Wenn ja, bei wem? (Bitte geben Sie Namen und Adresse an)

## **Chronologie der Krankengeschichte**

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

## **Unterstreichen Sie bitte, welche der folgenden Beschreibungen aktuell auf Sie zutreffen**

depressive Verstimmungen - Rededrang - Angst in Menschenmengen - überaktiv - immer fröhlich - oft den Tränen nahe - sorglos - kein Interesse/ keine Freude an Aktivitäten - die Ärzte wissen nicht, woran ich leide - rastlos - Angst das Haus zu verlassen - manchmal nehme ich meine Umgebung als leblos wahr - Angst zu reisen - sehr schnell ablenkbar - ich habe das Gefühl „neben mir zu stehen“ - die Ärzte nehmen meine Beschwerden nicht ernst - mein Körper ist mir fremd - unsicher und gehemmt im Umgang mit anderen Menschen - Angst sich zu blamieren - manchmal habe ich das Gefühl, meine Umgebung sei unwirklich – emotionale Taubheit - unruhig - Selbstmordgedanken - plötzliche Angstanfälle ohne Grund - Selbstmordversuche - dauerhaft Angst - mir drängen sich Handlungen auf, die ich ausführen muss - müde - kraftlos - ich fühle mich wertlos - meine Gefühle kommen mir oft fremd vor - ich kann mich oft nur schwer an Dinge erinnern - ständig nervös - ich habe Schuldgefühle - mir drängen sich Gedanken auf, die ich ausführen muss - Konzentrationsprobleme - ich kann mich oft nicht entscheiden - Angst zu sterben - Herzrasen - Schmerzen in der Brust - Schlaflosigkeit - Schmerzen im Rücken/ in den Schultern/ im Nacken - Gewichtszunahme - Erstickungsgefühle - Schwindel - Magenbeschwerden - erhöhte Muskelspannung - meine Haut juckt/brennt/fühlt sich taub an - Gewichtsverlust - Oberbauchbeschwerden – Enge-Gefühl in der Brust - vermehrter Schlaf - Zittern - Schweißausbrüche - Taubheitsgefühle - Kribbeln - Übelkeit - Benommenheit

Sonstiges:

**Wie sehr fühlen Sie sich in folgenden Lebensbereichen durch Ihre Erkrankung eingeschränkt?**

Bitte geben Sie die Einschränkung an, indem Sie eine Zahl hinter den Bereich schreiben (10 = schwerste Einschränkung; 1 = nahezu keine Einschränkung)

- Arbeitswelt / Beruf / Ausbildung .....
- Haushalt / Alltagserledigungen .....
- Familienleben / Partnerschaft .....
- Kinder .....
- Kontakt zu Freunden .....
- Freizeit / Hobby .....
- Körperliche Leistungsfähigkeit .....
- Geistige Leistungsfähigkeit .....
- Merkfähigkeit .....

**Wie gehen Sie mit Ihrer Krankheit um?**

.....  
.....

**Sind Sie zufrieden mit Ihrer Form mit der Krankheit umzugehen? .....**

**Wie schöpfen Sie Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht?**

.....  
.....

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**