

## Anamnesebogen

In diesem Fragebogen zur Befunderhebung wird wiederholt nach spezifischen Krankheitsbildern gefragt, die häufig nur von dem / den direkt Betroffenen beantwortet werden können. Bitte lassen Sie entsprechende Felder leer, wenn keine der Angaben zutreffend sind oder ein Begriff für Sie unverständlich ist.

Vor / Zuname \_\_\_\_\_

geboren \_\_\_\_\_

ledig                       verheiratet                       geschieden                       verwitwet

Körpergröße in cm \_\_\_\_\_                      Körpergewicht in kg \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder; wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Welchen? Wie häufig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon mal operiert? Was? Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?                       ja                       nein

Sind Sie Vegetarier/In?  ja                       nein

Trinken Sie Alkohol?                       ja                       nein

Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Familienanamnese

Sind bei den Eltern, Grosseltern, Geschwistern und sonstigen Verwandten folgende Probleme schon mal aufgetreten oder bekannt?

	ja	nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypercholesterinämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs (Darm, Lunge, Brust, Gebärmutter, Haut etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungen- und Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karies / Parodontose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymphprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Herz-Kreislauf

Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Status nach Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzfehler / Klappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Status nach Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Status nach Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periphere Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Stoffwechsel

Leiden Sie unter:	ja	nein
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypercholesterinämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberstoffwechselstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gallensteinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierensteinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymphödem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lipödem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Hormone

Besteht Hyperthyreose? (Schilddrüsenüberfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht Hypothyreose? (Schilddrüsenunterfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie die Pille oder andere hormonelle Verhütungsmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen Sie eine Spirale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwenden Sie ein Hormonpflaster?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen Sie naturidentische Hormone (z.B. Yamscreme etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Verdauung

Bestehen?	ja	nein
Schluckbeschwerden und / oder Heiserkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodbrennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall oder starke Neigung zu Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
häufige / regelmässige Bauchkrämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebensmittelunverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Divertikel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hernien (Leiste, Bauchnabel etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mb. Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis ulcerosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprue / Zöliakie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Zähne

Was trifft unter der folgenden Aufzählung für Sie zu?	ja	nein
Kariesneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parodontose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zähneknirschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beissschiene für die Nacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurzelbehandlung(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnextraktion(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnimplantat(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnspange	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Urogenital

Was trifft zu?	ja	nein
Rezidivierende Blasenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inkontinenzprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostatabeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sterilisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erektionsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergänzungen _____		

---

## Gynäkologie

Status nach Schwangerschaften / Anzahl: \_\_\_\_\_

Status nach Abort / Anzahl: \_\_\_\_\_

Geburten verliefen natürlich  ja  nein mit Sectio  ja  nein

Status nach Unterleibs-OP; wenn ja, welcher Art: \_\_\_\_\_

## Haut

Leiden Sie unter?	ja	nein
Akne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurodermitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psoriasis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonnenallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontaktallergie / oder anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trockenen Haaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brüchigen Nägeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verformten Nägeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagelverfärbungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagelpilz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautpilz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vielen Muttermalen / Leberflecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus erythematodes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lippenherpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trockenen Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wiederkehrenden Bindehautentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## HNO

Neigen Sie zu?	ja	nein
Mittelohrentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mandelentzündungen / Angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden die Mandeln entfernt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Infektionskrankheiten

Bestehen Restbeschwerden nach einer Infektionskrankheit, wie z.B. Borreliose, Gelbsucht, Mumps, Corona, etc?

---

---

---

---

## Impfungen

Sind Sie geimpft? Zählen sie bitte auf: Kinderimpfungen, Auslandsimpfungen (Tropen), Corona etc.

---

---

---

---

## Antibiotika

Wie oft in Ihrem Leben wurden Ihnen Antibiotika verschrieben und haben Sie diese eingenommen?

---

---

---

## Bewegungsapparat

Leiden Sie unter Beschwerden nach oder bei:	ja	nein
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenksarthrose(n)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthritis (akute Entzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mb. Scheuermann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mb. Bechterew	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skoliose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochenfraktur(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenksverletzung(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreuzbandruptur(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bänderruptur(en) (Fussgelenk, Schulter oder andere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meniscusverletzung(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskel(Faser)riss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schleimbeutelentzündung(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bandscheibenvorfall(fällen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spondylolyse / Spondylolisthesis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spinalkanalstenose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karpaltunnelsyndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mb. Dupuytren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhiz-Arthrose (Daumensattelgelenk)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epicondylitis (Tennis- oder Golferellbogen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senk-, Spreiz-, Plattfüsse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schleudertrauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sportverletzungen

---

---

---

## Schmerzanamnese

Die Schmerzen treten vor allen Dingen auf:	ja	nein
nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tagsüber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehmen bei Bewegung zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehmen bei Bewegung ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehmen in Ruhe zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehmen in Ruhe ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sind:		
ziehend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stechend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
klopfend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pulsierend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
brennend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einschiessend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was machen Sie dagegen?

---

---

---

**Narben**, die irritieren, Schmerzen verursachen, Einziehungen aufweisen oder auf andere Weise stören: Bitte bearbeiten Sie dazu ein separates Formular!

## Sonstiges

Welche ist Ihre Lieblingsfarbe? \_\_\_\_\_

Welchen Geschmack bevorzugen Sie?  
(süss, sauer, salzig, bitter etc.) \_\_\_\_\_

Welche Jahreszeit mögen Sie besonders? \_\_\_\_\_

Zu welcher Tageszeit fühlen Sie sich am wohlsten? \_\_\_\_\_



