Anamnesebogen

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Name:_____ Datum _____

Beschwerden:_____ Akut seit:_____

Beschwerden:_____ Akut seit:_____

Beschwerden:_____ Akut seit:_____

Was verbessert Ihre Beschwerden? Was verschlimmert sie?

_____

_____

Bisherige **Therapien/Medikationen** „Was wurde bisher schon alles mit Ihnen gemacht?“

_____

_____

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

_____

Gibt oder gab es bei Ihnen noch **andere Erkrankungen**, z.B. Diabetes (insulinpfl.?), Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma?

_____

_____

Vorerkrankungen: Waren Sie früher mal sehr krank? Lagen Sie schon mal im Krankenhaus? Wann, warum?

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Kinderkrankheiten: Hatten Sie als Kind Scharlach, Diphterie, rheumatisches Fieber?

_____

_____

Operationen: Sind Sie mal operiert worden, wann, warum?

- Blinddarm (Appendektomie)
- Mandeln (Tonsillektomie)
- Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)
- Total-Op (=Entfernung Gebärmutter+Eileiter+Eierstöcke)
- Entfernung Gallenblase (Cholezystektomie)
- Sonstige OPs
- Narben

_____

_____

_____

Hatten Sie mal einen **Unfall**, z.B. einen Knochenbruch, Bänderriß?
Wann, warum, mit welchen Folgen?

_____

_____

Allergien: Sind Sie gegen irgendetwas allergisch, z.B. Erdbeeren, Tierhaare, Hausstaub?

_____

_____

Gibt es **Medikamente**, gegen die Sie **allergisch** sind?
Kennen Sie Heuschnupfen? Seit wann, wie äußert es sich, bisherige Behandlungen?

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Kennen Sie **Kopfschmerzen?** Wann? Nie – selten – häufig – ständig

_____

_____

Wo lokalisiert? Wie? Nacken, Hinterkopf, Deckel, Stirn, Schläfe, meist - stets links / rechts, Schmerzqualität

_____

_____

Auslöser bekannt? Was verbessert, was verschlechtert?
Hat der Kopfschmerz Begleitsymptome, z.B. Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Seh-/ Hörstörungen?“

_____

_____

Probleme mit den **Augen** oder der **Hörfähigkeit**? Brille, Kontaktlinsen, letzter Augenarztbesuch?

_____

_____

Infektanfälligkeit: Sind Sie oft erkältet, öfter als 2-3x pro Jahr?Wie oft, wann, in welcher Form? Mit Fieber – Schnupfen – Hals-/ Ohrenschmerzen – Heiserkeit – Husten – Sinuus – Bronchitiden – Pneumonien

_____

_____

Wie oft wurden Sie mit **Antibiotika** behandelt?

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Hypo- Hyperthyreose: Arbeitet Ihre Schilddrüse einwandfrei? Wurde das mal überprüft?
Nehmen Sie dafür ein Medikament ein? Kennen Sie Schluckbeschwerden?

_____

_____

Hämatome: verlängerter Blutungszeit – Wundheilungsstörungen
Bekommen Sie leicht blaue Flecken? Blutet eine Wunde lange? Heilen Wunden schlecht? Seit wann?

_____

_____

Kennen Sie **Herzbeschwerden**: Zum Beispiel Schmerzen – Rasen – Stechen – Brennen – Druck – Engegefühl? Strahlen die Beschwerden aus? Wohin? Schlägt Ihnen das Herz manchmal bis zum Hals?

_____

_____

Haben Sie diese Beschwerden nur in Ruhe – bei körperlicher Belastung – bei Streß? Wie lange dauern sie an?

_____

_____

Atemnot: Wird Ihnen manchmal die Luft knapp? Wann: in Ruhe – bei körperl. Belastung – bei Streß?
Können Sie flach liegen oder nur mit Kissen?

_____

_____

Wann wurde das letzte **EKG** geschrieben? Ruhe-/Belastungs-EKG? Wieviel Watt?
Gab es einen Befund?

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Hypo-/Hypertonie: Kennen Sie Ihren Blutdruck?

Nykturie: Müssen Sie nachts öfter zur Toilette? Wie oft? Jedesmal volle Blasenfüllungen?

_____

_____

Schweiß: Schwitzen Sie viel? Wann besonders?

_____

Ernährung: Wie ernähren Sie sich? Ausgewogen? Sind Sie ein ‚Allesesser'? Vorlieben/ Abneigungen

_____

_____

_____

_____

Vertragen Sie etwas nicht? (Hat nichts mit Mögen zu tun!) Seit wann? Was passiert, wenn Sie es dennoch essen / trinken?

_____

_____

Essen Sie regelmäßig? Wieviele Mahlzeiten täglich? Wann?

_____

_____

Vorlieben/Gelüste Gibt es irgendetwas, das Sie besonders gern und viel essen?

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Trinkmenge: „Wie viel und wieviel trinken Sie pro Tag? Haben Sie auffallend viel oder gar keinen Durst?

_____

_____

Oberbauchbeschwerden Kennen Sie Übelkeit – Erbrechen – Aufstoßen (sauer / Luft – Völlegefühl – Blähbauch? Wann?

_____

_____

Kennen Sie Sodbrennen? Wann? Was hilft Ihnen dann?

_____

_____

Haben Sie täglich Stuhlgang? Neigung zu Verstopfung (Obstipation), Durchfällen (Diarrhoen)? Stuhl eher weich / ungeformt? Farbe?

_____

_____

Nehmen Sie Abführmittel? Welche? Ab und zu / regelmäßig / seit.....

_____

_____

Bildgebende Verfahren (MRT, CT, Röntgen)

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Hatten Sie schon mal Probleme mit Hämorrhoiden? Blut im Stuhl oder auf den Toilettenpapier? Wann, wie oft? Ärztlich abgeklärt?

_____

_____

Sind Sie beim Frauenarzt in gyn. Kontrolle? Wann zuletzt?

_____

_____

Nehmen oder nahmen Sie die Pille? Welche, seit wann? Zyklusanomalien, Regelstörungen?

_____

_____

Haben Sie Kinder? Geburten: spontan – Kaiserschnitt – Fehlgeburten (Aborte) – Ausschabungen (Abrasio)

_____

_____

Kennen oder kannten Sie klimakterische Beschwerden? Welcher Art, wie lange schon?

_____

_____

Kennen Sie Nieren- oder Blasenbeschwerden? Blasenentzündung (Cystitis), Blasen- oder Nierensteine, Nierenbeckenentzündung (PN=Pyelonephritis), Koliken

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Ödeme: Kennen Sie dicke Beine oder dicke Knöchel, besonders abends und im Sommer? Kennen Sie dicke verquollene Augenlider?

_____

_____

Inkontinenz: Geht beim Husten oder Niesen manchmal ungewollt Urin ab?

_____

_____

Kennen Sie **Prostatabeschwerden**, z.B. Startschwierigkeiten - Harnstottern – Nachtröpfeln? Wann zuletzt ärztlich kontrolliert? Medikamente? Evt. behutsam weiterfragen nach Potenzstörungen.

_____

_____

Kennen Sie **Gelenkbeschwerden**, z.B. in den Schultern, den Ellbogen, den Hüften, Knien oder Knöcheln?

_____

_____

Oder **Muskelverspannungen** im Nacken-Schulterbereich, Probleme mit dem Rücken, Kreuzschmerzen? Ausstrahlung?

_____

_____

Müde, schwere, **schmerzende Beine**? Können Sie problemlos eine längere Strecke laufen? Wenn nein, welche Gehstrecke noch? Was passiert dann?

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Kennen Sie **Muskelkrämpfe**, z.B. in der Wade oder dem Fuß?

_____

_____

Kennen Sie **Gangstörungen**/Unsicherheiten beim Laufen, Mißempfindungen in Armen oder Beinen, wie z.B. Kribbeln – Ameisenlaufen – Taubheit – Zittern? Schmerzhaft? Wann, wie oft?

_____

_____

Kennen Sie **Schwindel**, **Gleichgewichtsstörungen**, **Orientierungs**- oder Gedächtnisstörungen?

_____

_____

Größe, Gewicht – Wie groß sind Sie, und was wiegen Sie?
Halten Sie Ihr Gewicht, oder haben Sie in letzter Zeit deutlich ab- oder zugenommen?

Gewichtskonstanz seit ..... / Abnahme – Zunahme ..... kg seit .....

_____

_____

Wie würden Sie Ihr **körperliches Allgemeinbefinden** bezeichnen? Skala!

_____

_____

Können Sie einschlafen, durchschlafen, wie groß ist Ihr **Schlafbedürfnis**?

_____

_____

Nikotin:_____

Alkohol:_____

„Hatten Sie mal Berührung mit Drogen?“

_____

_____

Wie würden Sie Ihre nervliche **Grundstimmung** beschreiben: Eher ausgeglichen, heiter, selbstbewusst, oder ängstlich, niedergeschlagen, schwermütig? Kennen Sie **Depressionen**? Angst-, Unruhe- oder Erregungszustände? Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit?“

_____

_____

Sind Sie beruflich / familiär stark belastet? Könnte es einen Zusammenhang mit Ihren Beschwerden geben? Mögen Sie Ihren Job?
Hier bietet sich ggf. an, die soziale Anamnese einzubauen: Fragen nach Arbeitsplatz, beruflichen Schwierigkeiten, PartnerIn, Kindern, Herkunftsfamilie, familiären Belastungen, Wohnverhältnissen, besonderen Lebensumständen, evt. finanziellen Problemen, aber auch nach Hobbys, Perspektiven, persönlichen Zielen

_____

_____

„Betreiben Sie derzeit **Sport**?
Haben Sie früher Wettkampfsport gemacht? In welchem Alter, wie lange?“

_____

_____

NATURHEILPRAXIS
Surace-Lautenbacher

Wann wurden zuletzt **Laboruntersuchungen** durchgeführt (Blut, Stuhl, Urin)? Ergebnisse?

_____

_____

Fam.-Anamnese: „Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Krankheiten, z.B. Diabetes – Herzerkrankungen – Krebs – Schlaganfälle – Steine – Gicht – Rheuma – Allergien – Bluthochdruck – Übergewicht (Adipositas) – Tb?“

_____

_____

Leben Ihre Eltern / Großeltern / Geschwister noch, oder woran sind sie gestorben?

_____

_____

Gibt es sonst noch etwas, dass für mich spannend sein könnte, das mir erzählen möchten?

_____

_____

Haustiere

_____

_____

Auslandsaufenthalte

_____

_____