

Anamnesebogen Erwachsene

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Familienstand:

Kinder: nein ja, Anzahl: _____

Tel. (privat): _____ Handy: _____

E-mail: _____

Termininfo über E-mail erwünscht? JA / NEIN

Name und Anschrift des Hausarztes/Therapeuten: _____

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Aktuelle Körpergröße: _____ cm

Nichtraucher:

Raucher:

Informationen zur Geburt:

Dauer der Geburt: _____

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
 - Knochenbrüche
 - Kopfverletzungen
 - Stürze
 - Sportunfälle
-

Neigen Sie zu Stürzen/ Umknicken mit dem Fuß? Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck
 - Diabetes
 - Allergien – wenn ja, welche?
 - Gicht
 - Gefäßerkrankungen
-

Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen an folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
-

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen
-

Leiden Sie häufig unter

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> Blähungen |

Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |
-
-

Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
 Ja, wenn ja – welche?
-

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
 Ja, wenn ja – in welchem Abstand?
-

Nehmen Sie Hormone/Pille?

- Nein
 Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- nein
 ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) –bitte kurz beschreiben
-
-

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

- nein
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden?

- nein
 ja, bitte kurz beschreiben
-

Allgemeine Fragen:

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood
 besondere Diät, welche? _____
-

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. ____ Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein
 ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben was, wie oft und wie viel
-

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon mal operiert? z.B. Unfälle/ Erkrankungen Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? Bitte kurz beschreiben

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.) Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Schweißbildung |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche |
| <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Seh – oder Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben | |

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? - Bitte kurz beschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten