

## Anamneseformular

Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen.  
Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie diese zunächst aus, wir helfen Ihnen gerne. Vielen Dank!

NACHNAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ PLZ, WOHNORT: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ BERUF: \_\_\_\_\_

### Allergien:

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? NEIN / JA, welche \_\_\_\_\_

Reagieren Sie empfindlich auf Latex? NEIN / JA \_\_\_\_\_

Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten? \_\_\_\_\_

### Sind Sie aktuell bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

\_\_\_\_ Hausarzt                      \_\_\_\_ Psychiater / Psychologe                      andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Facharzt                      \_\_\_\_ Physiotherapeut

\_\_\_\_ Zahnarzt                      \_\_\_\_ Heilpraktiker                      Datum der letzten Untersuchung: \_\_\_\_\_

Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten drei Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? \_\_\_\_\_

### Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

JA / NEIN                      Krebs, wenn JA, welcher Art? \_\_\_\_\_

JA / NEIN                      Herz- Kreislaufprobleme, wenn JA, welcher Art? \_\_\_\_\_

JA / NEIN                      Asthma

JA / NEIN                      Magengeschwüre

JA / NEIN                      Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder anderen Substanzen: \_\_\_\_\_

JA / NEIN                      Schilddrüsenproblemen

JA / NEIN                      Diabetes

JA / NEIN                      Multiple Sklerose

JA / NEIN                      Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Gelenkerkrankungen: \_\_\_\_\_

JA / NEIN                      Depressionen

JA / NEIN                      Hepatitis

JA / NEIN                      Tuberkulose

JA / NEIN                      Schlaganfall

JA / NEIN                      Nierenerkrankungen, wenn JA, welcher Art? \_\_\_\_\_

JA / NEIN                      Thrombose

JA / NEIN                      Osteoporose

JA / NEIN                      andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt? JA / NEIN

Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden? JA / NEIN

Sind Sie jemals von einer Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden? JA / NEIN

### Bitte nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe von Grund und Datum:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, wegen denen Sie behandelt werden mussten:**

DATUM	VERLETZUNG	DATUM	VERLETZUNG
1. _____	_____	2. _____	_____
3. _____	_____	4. _____	_____

**Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) von Ihnen jemals wegen einer der folgenden Erbkrankheiten behandelt?**

JA / NEIN	Diabetes	JA / NEIN	Krebs
JA / NEIN	Herzerkrankung	JA / NEIN	Abhängigkeit ( Alkohol, Medikamente)
JA / NEIN	hoher Blutdruck	JA / NEIN	Depressionen
JA / NEIN	Schlaganfall	JA / NEIN	Nierenerkrankung
JA / NEIN	entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew)		

**Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?**

Aspirin	JA / NEIN	<b>waren diese verordnet?</b>	JA / NEIN
Paracetamol	JA / NEIN		JA / NEIN
Ibuprofen, Diclofenac, etc.	JA / NEIN		JA / NEIN
Medikamente gegen Magengeschwüre	JA / NEIN		JA / NEIN
Vitamine / Mineralien (Nahrungsergänzung)	JA / NEIN		JA / NEIN
pflanzliche Mittel	JA / NEIN		JA / NEIN
andere Medikamente, die Ihnen nicht verordnet wurden? _____			

**Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster):**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_ Seit wann rauchen Sie nicht mehr? \_\_\_\_

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_

Wie viele Gläser Bier oder Wein o.ä. trinken Sie an diesen Tagen? \_\_\_\_

**Welche derzeitigen Beschwerden aus der Liste sind für Sie NEU, UNGEWÖHNLICH oder ATYPISCH?**

JA / NEIN	Gewichtsveränderung	JA / NEIN	Gelenk-/Muskelschwellung
JA / NEIN	Übelkeit / Erbrechen	JA / NEIN	unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)
JA / NEIN	Schwindel	JA / NEIN	starke Blutung
JA / NEIN	Müdigkeit	JA / NEIN	Atemnot
JA / NEIN	Schwächegefühl	JA / NEIN	regelmäßiges Husten
JA / NEIN	Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	JA / NEIN	Arm- /Beinschwellung
JA / NEIN	Kribbeln oder Taubheit	JA / NEIN	Herzrasen
JA / NEIN	Zittern	JA / NEIN	Schluckbeschwerden
JA / NEIN	Anfallsleiden / Epilepsie	JA / NEIN	Sodbrennen
JA / NEIN	Doppelbilder sehen	JA / NEIN	Verstopfung / Durchfall
JA / NEIN	Verlust der Sehschärfe	JA / NEIN	Blut im Stuhl
JA / NEIN	gerötete Augen	JA / NEIN	post Menopause / Wechseljahre
JA / NEIN	Hautausschlag	JA / NEIN	Probleme beim Wasserlassen
JA / NEIN	Schlafstörungen	JA / NEIN	Urininkontinenz
JA / NEIN	Störungen der Sexualfunktion	JA / NEIN	Blut im Urin
JA / NEIN	nächtliches Schwitzen	JA / NEIN	(mögliche) Schwangerschaft
JA / NEIN	Hörstörungen	JA / NEIN	Stress bei der Arbeit oder zu Hause

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Datum