

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	waren diese verordnet?	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