

Anamnese-Bogen/Erwachsene ab 16 Jahre

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. **Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut wie möglich!** Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
 männl / weibl Größe: _____ Gewicht: _____ Kinder: _____
 Familienstand: _____ Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Was sind Ihre hauptsächlichsten Beschwerden, seit wann haben Sie diese und was wurde dagegen unternommen?

Sind Sie zeitgleich noch bei anderen Therapeuten/Ärzten in Behandlung?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, wegen des gleichen Problems?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wenn ja, wegen anderer Erkrankungen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Waren Sie in den letzten 4 Wochen im Krankenhaus?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Haben Sie Beschwerden an bzw. mit	Ja	Nein	Welche? Wann? Wie?
Nerven / Knochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Muskeln / Gelenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herz / Kreislaufsystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lunge / Atemwegen z.B. Nasennebenhöhlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Magen / Darmsystem / Verdauung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Niere / Harnsystem /	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haut / Pilz / Ausschlag / Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Unterleib / Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Auslandsaufenthalte/Urlaub d. letzten 6 Mon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Wie oft? Seit wann?

Haben Sie	Ja	Nein	Welche? Wann? Wie?
Unfallverletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
frühere Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
frühere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
hohen Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Gewichtsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Gibt es in Ihrer Familie?	Ja	Nein	Bei welchen Verwandten?
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schlaganfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Übergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krebsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rücken- und Gelenkkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
andere Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Ihre Gewohnheiten	Ja	Nein		Ja	Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie Kaffee?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie viel Stress?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafen Sie gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen Sie frisches Gemüse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alle Informationen sind freiwillig und unterliegen der beruflichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ort, Datum

Unterschrift