

**Rechnungsempfänger:**

Herrn / Frau / Firma

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel

\_\_\_\_\_  
Straße / Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten (falls abweichend, z.B. Kind)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

# Anamnesebogen

- Selbstzahler
- Beihilfeberechtigt
- Post-Beihilfe
- private Vollversicherung
- private Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
(falls privat versichert, welcher Versicherungstarif?)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus. Nicht zutreffende oder relevante Fragen brauchen nicht beantwortet zu werden.

Was war der Anlass Ihres Praxisbesuches:

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie:

Wann traten die Symptome das erste Mal auf:

Traten die Beschwerden bereits zu einem früheren Zeitpunkt auf?

- Ja
- Nein

Traten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?

- Ja
- Nein

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- zeitweise
- permanent
- tagsüber
- nachts
- nach dem Essen
- bei Bewegung
- auch im Ruhezustand

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?

- Kälte
- Wärme
- Ruhe
- Stress
- Hunger
- Essen
- Körperhaltung
- Bewegung

<p>Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Wie lautet der vollständige Name des Arztes bzw. Facharztes:</p>
<p>Existieren hierzu Befundberichte, Bescheinigungen, Laborberichte oder radiologische Berichte?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Leiden Sie unter allergischen Beschwerden?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Bestehen bekannte, ärztlich diagnostizierte Allergien?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Unter welchen allergischen Beschwerden bzw. bekannten Allergien leiden Sie:</p>
<p>Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?</p> <p><input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Geisteskrankheiten <input type="radio"/> Geschlechtskrankheiten <input type="radio"/> Selbstmord <input type="radio"/> Herzkrankheiten <input type="radio"/> Gefäßkrankheiten <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Asthma</p>	<p><input type="radio"/> Zuckerkrankheit <input type="radio"/> Rheuma <input type="radio"/> Nierensteine <input type="radio"/> Gallensteine <input type="radio"/> Multiple Sklerose <input type="radio"/> Gicht <input type="radio"/> Allergien <input type="radio"/> Schuppenflechte <input type="radio"/> Neurodermitis <input type="radio"/> Migräne</p>
<p>Haben Sie Probleme mit der Ernährung?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Halten Sie Diät oder haben Sie besondere Essgewohnheiten?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Mehr als der Körperbedarf?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Weniger als der Körperbedarf?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Überernährung, hohes Risiko?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Mundschleimhaut: verändert?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Zahnentwicklung: verändert?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Schlucken, beeinträchtigt?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>

<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Nahrungsaufnahme des Säuglings: beeinträchtigt?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Veränderung der Nahrungsaufnahme - Nausea? (Übelkeit, Brechreiz)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Leiden Sie unter Beschwerden des Verdauungstraktes? (Speiseröhre, Magen, Darm)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Existieren Risikofaktoren?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Unter welchen Beschwerden des Verdauungstraktes leiden Sie?</p> <p><input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Blähungen <input type="radio"/> Krämpfe <input type="radio"/> Koliken <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Verstopfung <input type="radio"/> Magengeschwüre <input type="radio"/> Gallenstörungen <input type="radio"/> Darmentzündungen <input type="radio"/> Gastritis</p>	<p>Welche Risikofaktoren existieren?</p> <p><input type="radio"/> Übergewichtig <input type="radio"/> Raucher <input type="radio"/> Alkoholiker <input type="radio"/> Drogensüchtig <input type="radio"/> Bluthochdruck <input type="radio"/> Gefäßerkrankungen <input type="radio"/> Extrem- oder Leistungssportler <input type="radio"/> Belastung am Arbeitsplatz</p>
<p>Gab es einschneidende Veränderung in der Lebenssituation?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Existiert ein Selbstfürsorgedefizit?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Welche einschneidende Veränderung in der Lebenssituation gab es:</p>	
<p>Leiden Sie unter Veränderungen der Sehfähigkeit?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Leiden Sie unter Veränderungen der Hörfähigkeit?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Nehmen Sie in regelmäßigen Abständen Medikamente ein?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Welche Medikamente bzw. Dauermedikamente nehmen Sie zur Zeit ein:</p>

<p>Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle bzw. Arbeitsunfälle?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>Welche Unfälle bzw. Arbeitsunfälle hatten Sie in der Vergangenheit:</p>	
<p>Welche Operationen hatten Sie in der Vergangenheit:</p>	
<p>Hat sich Ihre Körpertemperatur verändert?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Wie hat sich Ihre Körpertemperatur verändert?</p> <p><input type="radio"/> Gestiegen <input type="radio"/> Gesunken</p>
<p>Leiden Sie unter Veränderungen der Haut?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Unter welchen Veränderungen der Haut Leiden Sie?</p> <p><input type="radio"/> Ekzem <input type="radio"/> Ausschlag <input type="radio"/> Hämatom <input type="radio"/> Entzündung <input type="radio"/> Juckreiz <input type="radio"/> Dekubitus <input type="radio"/> Schweißsekretion</p>
<p>Leiden Sie unter Übelkeit oder Schwindel?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Leiden Sie unter Schmerzen oder Kopfschmerzen?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>
<p>In welchen Bereichen bzw. Regionen leiden Sie unter Schmerzen:</p>	
<p>Schmerzen (dauerhaft)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Schmerzen (dauerhaft) - seit wann:</p>
<p>Schmerzen (dauerhaft) - Häufigkeit:</p>	<p>Schmerzen (dauerhaft) - Art (Qualität)?</p> <p><input type="radio"/> drückend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> ziehend <input type="radio"/> beißend <input type="radio"/> brennend</p>

Schmerzauslösende Faktoren:	Schmerzlindernde Faktoren sind:
Schmerzverstärkende Faktoren sind:	Wie intensiv sind die Schmerzen?
Leiden Sie unter Bewegungseinschränkungen?	<input type="radio"/> sehr geringfügig <input type="radio"/> geringfügig <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> stark <input type="radio"/> sehr stark <input type="radio"/> extrem stark
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Unter welchen Bewegungseinschränkungen leiden Sie:	
Leiden Sie unter Schlaf- oder Durchschlafstörungen?	Haben Sie Probleme bzw. Veränderungen mit der Atmung?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welches Problem bzw. welche Veränderung der Atmung besteht?	Wie ist Ihr momentaner Allgemeinzustand:
<input type="radio"/> Kurzatmigkeit <input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> Husten <input type="radio"/> Erkältung <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Geruchssinnbeeinträchtigung <input type="radio"/> verstärkte Sekret Bildung	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> leicht reduziert <input type="radio"/> reduziert <input type="radio"/> schlecht
Sonstige Anmerkungen:	

---

Datum, Ort, Unterschrift