

Erstanamnese-Bogen

Datum: _____

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Alter: _____ Familienstand: _____

Anschrift: _____

Beruf, derzeitige Tätigkeit: _____

Telefon: _____ email: _____

Versicherung: _____ Zusatzversicherung: _____

Allgemeinzustand: **1 2 3 4 5 6** (bitte benoten Sie)

derzeit Fieber oder Infekte/Zeckenbiss? ja / nein

Auslandsaufenthalte in den letzten 6 Monaten:

Sonstiges

Allergien/Unverträglichkeiten:

Impfungen:

Herzschrittmacher: ja / nein

Brille: ja / nein

Hörgerät: ja / nein

Zahnfüllungen:

Behinderung: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Ernährungsform: _____

Aktuelle Beschwerden, wegen der Sie die Praxis aufsuchen: (bei Bedarf zusätzliches Blatt verwenden)

Was?

Wo im Körper?

Wie? z.B. Schmerzcharakter – stechend, dumpf..., Schmerzintensität: (-) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (+)

seit Wann?

Auslöser?

Was verschlimmert?

Was lindert?

Verlauf: akut, chronisch, bestimmte Tageszeiten, im Zusammenhang mit ...?

Schulmedizinisch untersucht: Ja / Nein von:

Eigen- / Familienanamnese: (zutreffendes näher benennen)

	Vorerkrankungen	in Familie bekannt
Schilddrüsenerkrankung		
Diabetes mellitus 1 / 2		
Gicht, Rheuma		
Fettstoffwechselstörung / Übergewicht		
Schlaganfall		
Epilepsie		
Multiple Sklerose		
Morbus Parkinson		
Demenzerkrankungen		
Herz- Kreislauferkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Tumorerkrankungen		
Infektionskrankheiten		
Hautkrankheiten		
Operationen / Unfälle / Verletzungen / Traumata / sonstiges		

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Nebenbeschwerden: (zutreffendes ankreuzen)

allgemein: (zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, ungewollt
<input type="checkbox"/> Leistungsknick	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen, Fieber	<input type="checkbox"/> diffuser Juckreiz
<input type="checkbox"/> Müdigkeit, Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Konzentrations-, Merkstörungen

Schmerzen:

<input type="checkbox"/> Ja / Nein	<input type="checkbox"/> beim Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> beim Wasserlassen/Stuhlgang <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Gelenke <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Arme, Beine <input type="checkbox"/> Bauch
Schmerzintensität: (-) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (+)	
Schmerzcharakter – stechend, dumpf...	

Verdauung:

<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<input type="checkbox"/> vor, während, nach Essen	<input type="checkbox"/> Magendruck
<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Blähungen
<input type="checkbox"/> häufiger Schluckauf	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit, Abneigungen gegen ...

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ess-und Trinkverhalten verändert <input type="radio"/> besondere Diät / Ernährungsmethode <input type="radio"/> Heißhunger 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Unverträglichkeiten von fetten, scharfen, rohen Speisen <input type="radio"/> Andere:
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Stuhlbeschwerden: Schmerzen, Durchfall, Verstopfungen ... 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Veränderungen in Menge, Farbe, Beschaffenheit, Beimengungen z.B. Blut

Ernährungsanalyse:

Wieviele Mahlzeiten essen Sie täglich?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Essen Sie zu regelmäßigen Tageszeiten Wann?	Ja / Nein
An wievielen Mahlzeiten am Tag essen Sie Obst, Gemüse, Frischkost?	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Wie oft essen Sie: (bitte unterstreichen + tgl./wö. Menge ergänzen) Brot, Nudeln, Reis, Kartoffeln, Müsli, Cornflakes, Süßigkeiten, Eiscreme, Energieriegel...	
Wie oft essen Sie davon Vollkornprodukte?	täglich / wöchentlich Menge:
Wie oft essen Sie: (bitte unterstreichen + tgl./wö. Menge ergänzen) • Fleisch, Wurst, Käse, Eier, Fisch, Milch, Joghurt, Quark, vegetarische Ersatzprodukte	
Kaufen Sie bevorzugt Bioprodukte oder Supermarktqualität?	bitte unterstreichen
Wie oft essen Sie vorgewürzte Fertigprodukte wie Tiefkühlmenüs, Dosensuppen, Pulverkonzentrate zum Kochen und Backen, Geschmacksverstärkende Würze z.B. Maggi, Glutamat, Aromat	bitte unterstreichen + tgl./wö. Menge ergänzen
Kochen Sie selbst oder lassen Sie sich bekochen bzw. beliefern?	bitte unterstreichen
Welche Quellen für Fettzufuhr verwenden Sie? <ul style="list-style-type: none"> • Margarine, Cremefine o.ä. • Palmfett, Kokosfett u.ä. gehärtete Bratfette • Sonnenblumenöl, Distelöl • Butter, Schweine-/Gänsemalz • Rapsöl • Olivenöl • Avocado • Leinöl • Haselnüsse, Walnüsse, Cashewnüsse, Mandeln, Macadamianuss • Sesam, Chiasamen, Leinsamen • Fettreichen Fisch z.B. Lachs, Heilbutt, Aal 	bitte ankreuzen und ggf. unterstreichen
Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie täglich?	ca. Liter
Was trinken Sie vorwiegend täglich, was selten? <ul style="list-style-type: none"> • Wasser, ungesüßten Tee • Saftschorle, Saft, Limonade • Bier, Radler etc. • Kaffee, schwarzenTee, Cappuccino 	bitte ankreuzen und ggf. unterstreichen
Pflegen Sie einen individuellen Ernährungsstil / Diät? Welchen? Ernährungs-Besonderheiten?	

Schlaf:

<input type="checkbox"/> Ein-, Durchschlafstörungen,	<input type="checkbox"/> Alpträume
<input type="checkbox"/> Knirschen, Kieferpressen	<input type="checkbox"/> Wann einschlafen:
<input type="checkbox"/> Schnarchen, Atemaussetzer	<input type="checkbox"/> Wann aufwachen:
<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit

Atmung:

<input type="checkbox"/> ständiges Räuspern, Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Kloßgefühl, Halsschmerzen
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> seit wann?
<input type="checkbox"/> Auswurf(weiß, gelb, rötlich, braun)	<input type="checkbox"/> Atembeschwerden/Atemnot
	<input type="checkbox"/> in Ruhe
	<input type="checkbox"/> bei körperl./psych. Belastung

Kreislauf:

<input type="checkbox"/> Schwindel, Ohnmacht, schwarzwerden vor Augen, Sterne sehen	<input type="checkbox"/> Druck im Brustbereich
<input type="checkbox"/> Unruhe, Aufgeregtheit	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Herzjagen, Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Stauungen, Knöchelödeme v.a. abends
<input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße	<input type="checkbox"/> Kribbeln, Missempfindungen

Hautprobleme:

<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Färbungen: rot, weiß, bläulich
<input type="checkbox"/> Brennen	<input type="checkbox"/> schnell blaue Flecke
<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Schuppungen
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/> Leberflecke, Hautveränderungen

Gynäkologischer Befund bei der Frau:

erste Regel:	
Menopause:	
Schwangerschaften/Geburten:	
Zyklusdauer:	Verhütungsmittel:
Blutungsstärke: schwach, normal, stark	
Regelbeschwerden:	
Sekretaustritt aus der Scheide:	
Brustbeschwerden:	
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr:	

Harn- und Geschlechtsorgane:

<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Nierengegend	<input type="checkbox"/> Veränderungen von Harnmenge- und Farbe
<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Inkontinenzerscheinungen
<input type="checkbox"/> Sekretaustritt aus der Harnröhre	<input type="checkbox"/> abgeschwächter Harnstrahl
<input type="checkbox"/> Rötungen, Schwellungen	<input type="checkbox"/> Gefühl, dass Blase nicht richtig entleert wird

Arme und Hände

<input type="checkbox"/> steife oder geschwollene Gelenke	<input type="checkbox"/> eingeschlafene Hände (nachts)
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Gefühlstörungen
<input type="checkbox"/> anfallsweise Blässe der Finger	<input type="checkbox"/> Veränderung der Finger / Nägel

Beine und Füße:

<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe
<input type="checkbox"/> Schmerzen in den Beinen oder Füßen <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> nach Gehstrecken	<input type="checkbox"/> Schmerzen in Hüfte, Knie, Fußgelenke, Zehen
<input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/> Schwellungen

Kopfbereich

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/> Epileptische Anfälle
<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Augen-bzw. Sehprobleme
<input type="checkbox"/> Ohren- bzw. Hörprobleme	<input type="checkbox"/> Sekretaustritt aus den Ohren
<input type="checkbox"/> Probleme mit Lippen-, Mund-, Kieferbereich	<input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten <input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> häufiger oder langanhaltender Schnupfen, verstopftes Gefühl	<input type="checkbox"/> Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Mund-/Zahnerkrankungen

Allgemeine Lebensführung

Alkoholgenuss: ja / nein täglich / wöchentlich Menge: Sorte:	Rauchen: ja / nein Zigaretten durchschnittlich täglich: Seit welchem Lebensalter?
<input type="checkbox"/> Ich habe auffallend viel Durst	<input type="checkbox"/> Ich schwitze viel
<input type="checkbox"/> weiterer Drogenkonsum:	<input type="checkbox"/> Süchte / Abhängigkeiten:
<input type="checkbox"/> eigene seelische Verfassung: 1 2 3 4 5 6 (bitte benoten Sie)	<input type="checkbox"/> Stressbelastung: (-) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (+)
<input type="checkbox"/> Ich habe große Sorgen / Ängste	<input type="checkbox"/> Ich leide unter psychischen Problemen
<input type="checkbox"/> Ich habe kaum/keine Freunde	<input type="checkbox"/> Familienstreitigkeiten / ohne Familie
<input type="checkbox"/> Probleme mit Partner/in	<input type="checkbox"/> Probleme mit Kindern
<input type="checkbox"/> besondere Belastungen z.B. Pflege Angehöriger, Trennung, Haushalt, Doppelbelastungen	
<input type="checkbox"/> Wohnverhältnisse 1 2 3 4 5 6 (bitte benoten Sie)	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz / Arbeitsbedingungen: 1 2 3 4 5 6 (bitte benoten Sie)
<input type="checkbox"/> Schadstoffe im Wohnumfeld	<input type="checkbox"/> Schadstoffe am Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> Haustiere / Hobbys:	<input type="checkbox"/> Sport: ja / nein / früher wöchentlich: Sportart:
<input type="checkbox"/> bereits angewendete Naturheilverfahren:	<input type="checkbox"/> Ich entspanne / regeneriere bei

Persönlichkeit: Ich bin eher...

<input type="checkbox"/> intervertiert	<input type="checkbox"/> extrovertiert
<input type="checkbox"/> kontaktscheu	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> übermütig
<input type="checkbox"/> bleibe ruhig und gelassen	<input type="checkbox"/> rege mich schnell auf
<input type="checkbox"/> Minderwertigkeitskomplexe	<input type="checkbox"/> selbstbewusst
<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> zielorientiert
<input type="checkbox"/> pessimistisch	<input type="checkbox"/> optimistisch
<input type="checkbox"/> skeptisch	<input type="checkbox"/> gutgläubig
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> unausgeglichen
<input type="checkbox"/> chaotisch	<input type="checkbox"/> strukturiert
<input type="checkbox"/> unordentlich	<input type="checkbox"/> ordentlich
<input type="checkbox"/> sachlich	<input type="checkbox"/> emotional
<input type="checkbox"/> überlegt	<input type="checkbox"/> spontan
<input type="checkbox"/> zuverlässig	<input type="checkbox"/> unzuverlässig
<input type="checkbox"/> willensstark	<input type="checkbox"/> willensschwach
<input type="checkbox"/> diszipliniert	<input type="checkbox"/> undiszipliniert
<input type="checkbox"/> harmoniebedürftig	<input type="checkbox"/> streitlustig
<input type="checkbox"/> konfliktscheu	<input type="checkbox"/> dominant
<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> durchsetzungskräftig
<input type="checkbox"/> kann schlecht „nein“ sagen	<input type="checkbox"/> kann gut „nein“ sagen
<input type="checkbox"/> Entscheidungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> entscheidungsfreudig
<input type="checkbox"/> verantwortungsbewusst	<input type="checkbox"/> leichtfertig
<input type="checkbox"/> perfektionistisch	<input type="checkbox"/> nachlässig
Selbstkontrolle: <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> niedrig Fremdkontrolle: <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> niedrig Kontrollbedürfnis: <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> niedrig	

besondere Ängste / psychische Probleme:

Mein kurzfristiges Therapieziel (in 2-6 Monate):

Mein langfristiges Therapieziel (in 1-2 Jahre):

Was treibt mich an (Wünsche, Träume, Ziele)? Woran glaube ich?

Wofür lohnt es sich für mich, gesund zu werden und die Therapie dafür zu unterstützen?