

ANHANG

ZUM ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Seiten an, was auf Sie zutrifft.

Die Spalte „Früher“ steht für frühere Beschwerden, die Spalte „Heute“ für derzeitige. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, kreuzen Sie bitte beide Spalten an.

Bei Wahlmöglichkeiten bitte Nichtzutreffendes streichen bzw. das Zutreffende ankreuzen.

Allgemeines

Haben Sie Vorlieben für sauer / süß / würzig / bitter?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden?

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel? _____

Nehmen Sie Drogen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche und wie häufig? _____

Trinken Sie Kaffee? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viel? _____

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Kopfschmerzen: täglich / wöchentlich / monatlich Wo lokalisiert? ...
--------------------------	--------------------------	---

☐	☐	Schlaflosigkeit
--------------------------	--------------------------	-----------------

☐	☐	Probleme mit dem Einschlafen
--------------------------	--------------------------	------------------------------

☐	☐	Gewichtsveränderungen: Zunahme / Abnahme
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Schwindel / Schwächeanfälle
--------------------------	--------------------------	-----------------------------

☐	☐	Müdigkeit: ständig / morgens / mittags / abends
--------------------------	--------------------------	---

☐	☐	doppeltes / verschwommenes Sehen
--------------------------	--------------------------	----------------------------------

FRÜHER HEUTE BESCHWERDE

☐
☐

Allergien
Welche? ...

Atemwege / Hals / Nase / Ohren

FRÜHER HEUTE BESCHWERDE

☐
☐

Atemnot

☐
☐

chronischer Husten

☐
☐

chronische Erkältung

☐
☐

Asthma

☐
☐

Halsschmerzen / Entzündung

☐
☐

Nasennebenhöhlenentzündung

☐
☐

Ohrensausen / Tinnitus

Herz und Blutgefäße

FRÜHER HEUTE BESCHWERDE

☐
☐

hoher / niedriger Blutdruck

☐
☐

geschwollene Drüsen

☐
☐

Gefäßverkalkung

☐
☐

unregelmäßiger Herzschlag

☐
☐

Schmerz / Brustbeklemmung

☐
☐

Herzklopfen

☐
☐

kalte Hände / Füße

☐
☐

Krampfadern

☐
☐

aufgedunsen sein

Nieren / Harnleiter

FRÜHER HEUTE BESCHWERDE

☐
☐

Nierenentzündungen / Nierensteine

☐
☐

Schmerzen beim Wasserlassen

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Prostata-schmerzen
☐	☐	Blasen-entzündungen
☐	☐	Geschlechtskrankheiten
☐	☐	Urinveränderungen
☐	☐	Veränderungen sexueller Begierde

Frau

Schwangerschaft

☐ JA ☐ NEIN

Alter erstmaliger Menstruation: _____

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	schmerzhaft Menstruation
☐	☐	unregelmäßige Menstruation
☐	☐	anhaltende Menstruation
☐	☐	schmerzhaft Brüste
☐	☐	prämenstruelles Syndrom
☐	☐	weisser Ausfluss (Flur Albus)

Magen-Darm-Trakt

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Darmentzündungen
☐	☐	Verstopfung
☐	☐	Durchfall
☐	☐	trockener Mund
☐	☐	Blähungen, aufgetriebener Bauch
☐	☐	Übelkeit
☐	☐	Darmblähungen
☐	☐	Bauchschmerzen / Krämpfe
☐	☐	Bauchrumoren
☐	☐	Sodbrennen / Aufstoßen

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Blutungen
--------------------------	--------------------------	-----------

☐	☐	Sonstiges ...
--------------------------	--------------------------	------------------

Haut

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Ekzeme / Ausschlag
--------------------------	--------------------------	--------------------

☐	☐	schnell blaue Flecken
--------------------------	--------------------------	-----------------------

☐	☐	trockene Haut / Schweißneigung
--------------------------	--------------------------	--------------------------------

☐	☐	jucken / Juckreiz
--------------------------	--------------------------	-------------------

☐	☐	spröde Fingernägel
--------------------------	--------------------------	--------------------

☐	☐	Haarausfall / spröde Haare
--------------------------	--------------------------	----------------------------

Muskel / Gelenke

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Gespannte / Weiche Muskeln
--------------------------	--------------------------	----------------------------

☐	☐	Lendenschmerzen
--------------------------	--------------------------	-----------------

☐	☐	Nackenschmerzen
--------------------------	--------------------------	-----------------

☐	☐	Prickeln / Ausstrahlungen
--------------------------	--------------------------	---------------------------

☐	☐	Gelenkschmerzen
--------------------------	--------------------------	-----------------

☐	☐	Muskelschmerzen / Krämpfe
--------------------------	--------------------------	---------------------------

☐	☐	Bewegungseinschränkungen
--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	Rheuma
--------------------------	--------------------------	--------

Verfassung

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
--------	-------	------------

☐	☐	Nervös
--------------------------	--------------------------	--------

☐	☐	depressiv
--------------------------	--------------------------	-----------

☐	☐	überempfindlich
--------------------------	--------------------------	-----------------

FRÜHER	HEUTE	BESCHWERDE
☐	☐	Konzentrationsverlust
☐	☐	vergesslich
☐	☐	ängstlich
☐	☐	ständig grübeln
☐	☐	lustlos
☐	☐	in sich hineinfressen
☐	☐	ohne Selbstvertrauen
☐	☐	Traurigkeit / Niedergeschlagenheit
☐	☐	unentschlossen
☐	☐	irritiert
☐	☐	Hitzewallung
☐	☐	Sonstiges ...