

Patientenfragebogen – Anamnese

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Sie optimal zu behandeln, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person.
Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon

Versicherung

Allgemeine Fragen

Sind Sie regelmäßig in ärztlicher, heilpraktischer oder physiotherapeutischer Behandlung? Ja / Nein

- Wenn ja:**
- Hausarzt
 - Zahnarzt
 - Internist
 - Orthopäde
 - Psychologe / Psychotherapeut
 - Osteopath
 - Physiotherapeut

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Blutungsstörungen
(z.B. Vit. K Mangel) |
| <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> Krampfleiden
(z.B. Epilepsie) |
| <input type="radio"/> Chronisch
Infektionskrankheiten
(z.B. HIV, Hepatitis) | <input type="radio"/> Hauterkrankungen
(z.B. Neurodermitis / Psoriasis) |
| <input type="radio"/> Psychische Erkrankungen
(z.B. Depression) | <input type="radio"/> Krebserkrankungen |
| <input type="radio"/> Neurologische Erkrankungen
(z.B. MS, Parkinson) | <input type="radio"/> Augenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Allergien
(z.B. Tiere, Medikamente, Creme) | <input type="radio"/> Lebererkrankungen |
| <input type="radio"/> Diabetes / Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Unfälle
(z.B. Schleudertraumen) |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> Rheuma |

Sonstiges

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja / Nein

Wenn ja, welche?

Fragen im Detail:

Beschwerden in den Bronchien und der Lunge?

Ja / Nein

- Häufige Bronchitis Lungenentzündung Asthma Allergische Atembeschwerden
 Atemnot _____ Sonstiges

Beschwerden im Herz-Kreislauf Bereich:

- Bluthochdruck zu niedriger Blutdruck Spürbare Herzschläge Herzinfarkt
 OP Krampfadern geschwollene Beine Thrombosen Embolien
 Durchblutungsstörungen

Beschwerden im Verdauungsapparat:

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe Verstopfung Durchfall häufiges Sodbrennen
 Nahrungsmittelallergie / Unverträglichkeit

Beschwerden im urologischen Bereich:

- Regelmäßige Blasenentzündungen Nierensteine Reizblase Prostatabeschwerden
 Ständiger Harndrang Probleme beim Wasser lassen

Beschwerden im gynäkologischen Bereich

- Starke Schmerzen vor, während der Regel Beschwerden werden des Eisprungs OP's
 Probleme vor / während / nach der Schwangerschaft

Wenn ja, welche? _____

Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen

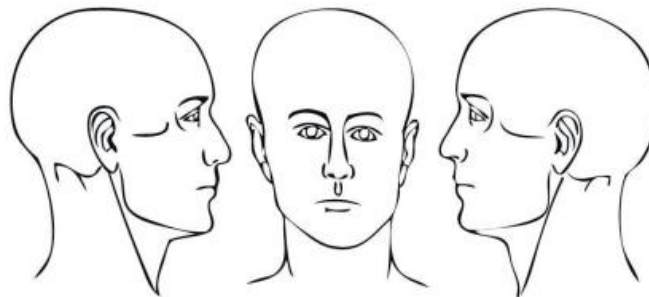
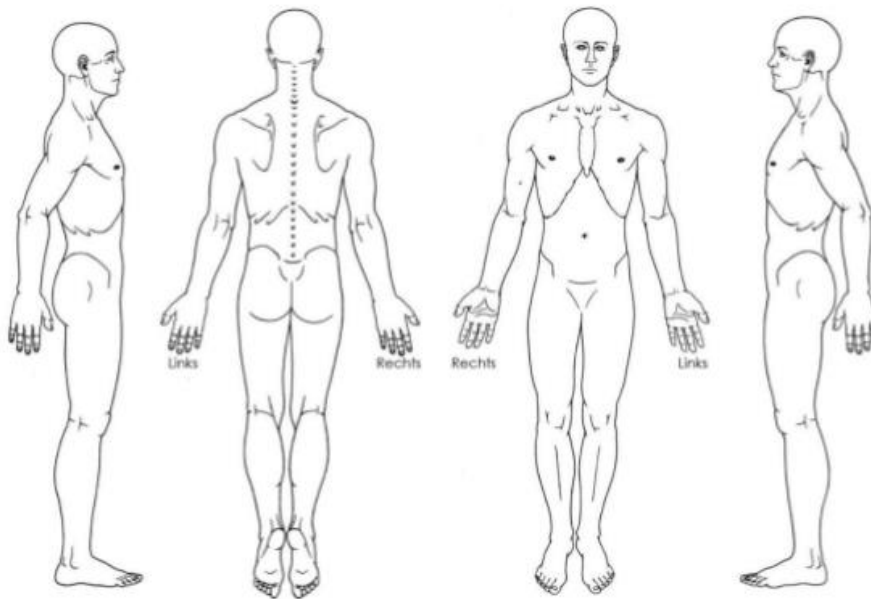
- Schlafprobleme häufige Müdigkeit Ruhelosigkeit häufiges Schwitzen in der Nacht
 ungewollter Gewichtsverlust immer wieder erhöhte Temperatur
 geschwollene / schmerzhaft Lymphknoten

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, bitte Operationen und ungefähre Zeitangabe eintragen:

Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es einen Auslöser?

Schmerz

Schmerzverlauf – Mein Schmerz

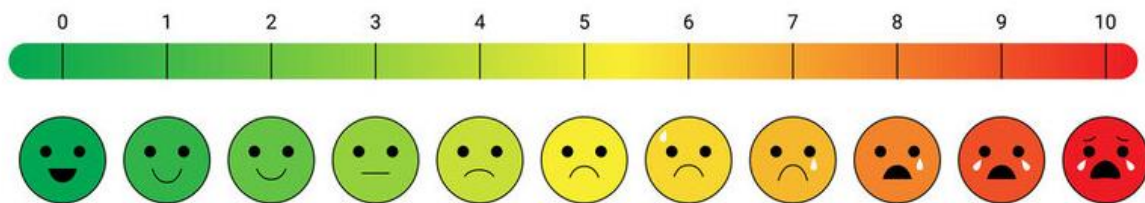
- hat seit dem ersten Auftreten zugenommen hat abgenommen ist konstant
 ist nur zeitweise spürbar momentan nicht vorhanden

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- stechend dumpf pochend krampfend ziehend brennend
 mit Kribbeln

Schmerzskala

völlige Schmerzfreiheit 10 den schlimmsten sich vorstellbaren Schmerz



Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Schlecht bei

- Bewegung Stehen Liegen Sitzen In der Nacht Am Morgen
 körperlicher Stress psychischer Stress

Besser bei

- Bewegung Stehen Liegen Sitzen In der Nacht Am Morgen
 bei Ablenkung, wenn ja, welche _____

Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Taubheitsgefühle, Schwindel, Konzentrationsschwäche, Koordinationsstörungen, funktioniert etwas nicht wie es sollte, etc.)

Hatten Sie problemspezifische Vorbehandlungen (Injektionen, Medikamente, Operationen, Physiotherapie, Einrenken etc.)

Wenn ja, welche?

Leiden Sie aktuell unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer)

Ja / Nein

Was wollen Sie erreichen (Ihr ! persönliches ! Behandlungsziel)