

Anamnesebogen Erwachsene

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Anschrift:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, Anzahl:

Tel. (privat): Handy:

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Nichtraucher: **Raucher:**

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle

wenn ja, bitte kurz beschreiben :

Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?

Fuß rechts Fuß links

Neigen Sie zu Stürzen?

Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck
 - Diabetes
 - Allergien – wenn ja, welche?
 - Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
 - Gicht
 - Gefäßerkrankungen
-

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> Blähungen |

Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |

Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
 Ja, wenn ja – welche?
-

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
 Ja, wenn ja – in welchem Abstand?
-

Nehmen Sie Hormone/Pille?

- Nein
 Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- nein
 ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben
-

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

- nein
 - ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?

- nein
 - ja, bitte kurz beschreiben
-

Allgemeine Fragen zum Lebensstil:

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood
- besondere Diät, welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein
 - ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft
-

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon mal operiert? Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> mehrmals am Tag | <input type="checkbox"/> seltener |

Wann treten die Schmerzen auf?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> nach dem Essen |
| <input type="checkbox"/> im Ruhezustand | |

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)

Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Schweißbildung |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche |
| <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Seh – oder Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben | |
-

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? - Bitte kurz beschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!