



Anamnese

Vorname: _____ Name: _____
Straße: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Tel: _____ E-Mail: _____
Mobil: _____

Geb.datum: _____ Größe: _____
Gewicht: _____ Familienstand: _____
Kinder: _____ Schwangerschaften: _____

erlernter Beruf: _____
z.Zt. ausgeübte Tätigkeit: _____

Allergie: _____
Herzschrittmacher: Ja Nein Brille/Hörgerät: Ja Nein

Aktuelle Beschwerden: _____
Wann?: _____
Was?: _____
Wie?: _____
Warum?: _____



Zusätzliche Symptome

Kopfschmerz: °wie oft: _____ °wann: _____
° wo beginnt?: _____
°Symptome währenddessen: _____

Ohren: °Schmerzen _____
°Mittelohrentzündungen _____
°Schwerhörigkeit _____
°Ohrgeräusche (wann, wie, wo) _____

Mund: °Prothesen _____ °Füllungen _____
°trockener Mund _____
°eingerissene Mundwinkel _____ °Zungenbrennen _____

Mandeln: °OP _____
°Entzündungen _____

Nase: °ständige Absonderungen _____
°oft Nasennebenhöhlenentzündung _____
°allergische Reaktionen _____

Augen: °Fehlsichtigkeit _____ °trockene Augen _____
°Bindehautentzündungen _____
°grüner/grauer Star _____
°erhöhter Augendruck _____

Atmung: °Luftnot (wann) _____ °ständiger Husten _____
°Auswurf _____



Haut:

°Ausschlag _____ °Rötungen _____
°Juckreiz _____
°offene Stellen _____ °andere Irritationen _____
°original Haarfarbe _____
°Haarausfall _____

Skelett:

°Gelenkbeschwerden _____
°Wirbelsäulenbeschwerden _____
°ständig _____ °unter Belastung _____
°schubweise _____ °Auslöser _____
°OP _____

Gewicht:

Gewicht in den letzten 2 Monaten stark verändert?
°Zu- oder Abnahme _____ kg

Schlaf:

°Einschlafprobleme _____ °Schlafdauer _____
°Durchschlafprobleme _____
°Schlafqualität _____ °Träume _____
°Schwitzen _____
°Sonstiges (Zähneknirschen, Krämpfe,...)

Verdauung:

°Übelkeit (vor oder nach Mahlzeit?) _____
°häufiges Aufstoßen _____
°Blähungen _____ °Sodbrennen _____

Stuhlgang:

°regelmäßig _____ °unregelmäßig _____
°täglich _____ °Hämorrhoiden _____
°Konsistenz (geformt, fest, breiig, durchfällig, unverdaute Nahrungsrückstände, blutig)

Appetit:

°gut _____ °schlecht _____
°stark auf bestimmte Lebensmittel _____
°Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel _____



Durst: °selten _____ °viel _____

Wasserlassen: °ca. täglich _____ °Geruch _____
°Schmerzen _____ °Ausfluss _____

Männer: ___ unterbrochener Harnstrahl ___ Harträufeln

Zyklus: °Frauen: _____ °regelmäßig/unregelmäßig
°aller wieviel Tage _____ °Beschwerden _____
°Klimakterium _____

Auslands
aufenthalte: °in den letzten 2 Jahren _____ °wo _____

Impfstatus: °nach Impfplan _____ °teilweise _____ °gar keine _____
°regelmäßige Gripeschutzimpfung _____
°weitere _____
°schon mal Impfreaktion

Operationen/schwere Vorerkrankungen

Jahr	OP/Erkrankung	Praxis/Klinik	Status heute

Narben: _____ °wo _____ °Beschwerden _____



Wiederkehrende Schwächen/Erkrankungen/Symptome

Jahreszeit	Symptome	Therapie

Kinderkrankheiten:

°Ziegenpeter °Scharlach °Masern °Diphtherie °Röteln °Windpocken °Kinderlähmung
 °Pfeiffersches Drüsenfieber °Keuchhusten °Salmonellose °Tropische Krankheit

Medikamente:

°welche _____
 °wie oft _____

Genussmittel: °Kaffee _____ tägl.
 °Süßigkeiten _____ tägl.
 °Nikotin _____ tägl.
 °Alkohol _____ tägl.
 °Anderes _____

Konflikte: °im Beruf _____ °in der Partnerschaft _____
 °Familie _____ °Unruhe _____
 °Ängste _____ °Depression _____

Leistungsgefälle:

°Müdigkeit _____ °Kraftlosigkeit _____ °Schwindel _____
 °Energielosigkeit _____ °Wetterfühligkeit _____



Wohnsituation:

°Tiere °Lärm °Funkmasten °Wassernähe °Schimmel

Familienanamnese:

	Hauterkrankungen Allergien	Tumor- erkrank.	Infektionen	chronische Leiden	verstorben an:
Großmutter					
Großvater					
Großmutter					
Großvater					
Mutter					
Vater					
Geschwister					
Kind					
Kind					
Kind					

Datum:

Die Daten werden **streng vertraulich** im Sinne der **Schweigepflicht §203 StGB** behandelt und dienen nur der Erhebung der Anamnese.

Diesen Bogen bitte zur Erstkonsultation ausgefüllt mitbringen.