

Anschrift der Praxis

## 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:**

### Informationen zur Geburt:

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Zangen – oder  Saugglockengeburt

Dauer der Geburt:

**Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:**

---

### Verletzungen (auch aus der Kindheit):

Unfälle

Knochenbrüche

Kopfverletzungen

Stürze

Sportunfälle

### Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?

Fuß rechts  Fuß links

**Neigen Sie zu Stürzen?**

- Nein       Ja

**Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                | <input type="checkbox"/> Gicht             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien – wenn ja, welche? |  |
- 

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
- 

**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"/> Konzentrationschwäche |
| <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

---

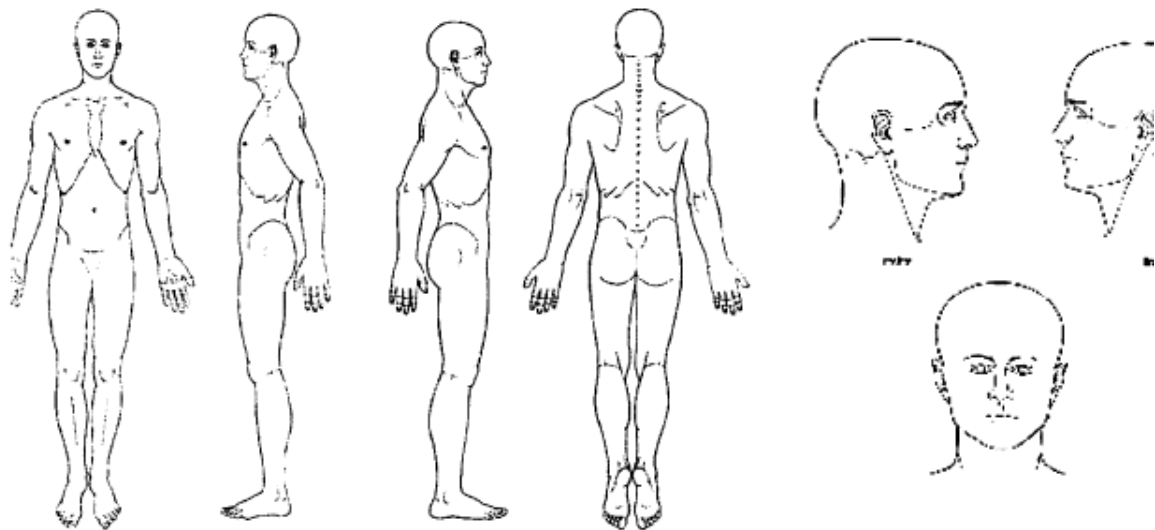
---

**Welche Krankheiten hatten Sie bisher?** Bitte kurz beschreiben

---

**IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN**

**Wo befinden sich die Schmerzen?** Bitte markieren Sie den genauen Schmerzzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



**Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):**

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)  
Schwach sehr stark  
(kaum spürbar) (stärkster vorstellbarer Schmerz)

**Seit wann haben Sie die Beschwerden?**

---

**Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis** (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

---

**Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?**

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

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

- immer
- mehrmals am Tag
- wöchentlich
- 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!**