

PATIENTENBOGEN

Name

Anschrift

Geburtstag

Telefon

Beruf

Termin

Bitte füllen Sie den Fragebogen, soweit Sie vermögen, aus und senden Sie ihn bitte spätestens drei Tage vor dem vereinbarten Termin zurück. Nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, wenn diese zutreffen. Wichtig sind alle Einflüsse, z.B. was bessert, was verschlimmert. Periodizitäten, zu welcher Zeit etc. Nutzen Sie gegebenenfalls ein extra Blatt, falls der Platz nicht ausreicht.

Wie sieht das aktuelle Krankheitsbild aus?

**z.B. Gefühle, Symptome, wann erstmalig aufgetreten,
wie fühlen Sie sich, was haben Sie schon unternommen, etc ?**

Was war unmittelbar vor dem Auftauchen Ihrer jetzigen Symptome?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Stress, Operation, Hautausschlag, Reise, Impfung, Antibiotika usw.

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt ?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Gicht, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Steinleiden, MS, Allergien, Schuppenflechte usw.

Welche Impfungen haben Sie wann bekommen?

Hat es Reaktionen gegeben?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Windpocken, Malaria, Tuberkulose usw.

Wurden diese Krankheiten behandelt?

Kopf:

Schmerzen, häufig, selten, periodisch, Stirn Augen Schläfen Hinterhaupt, halbseitig, beidseitig, wechselnd, morgens tagsüber abends, welche Auslöser, was bessert, was verschlechtert?

Augen:

Bindehautentzündung, kurz- weitsichtig, sonstige Beschwerden?

Ohren:

Mittelohrentzündungen, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Schmerz bei Wind und Kälte ?

Nasen-Rachenraum:

Nasennebenhöhlenentzündungen, Schnupfen, häufig, langandauernd, behinderte Nasenatmung, Trockenheit im Rachen, Sekretgefühl im Rachen, Sekret wässrig, schleimig, eitrig, grünlich, Heuschnupfen, Op, Mandelentzündungen, heute, als Kind, als Erwachsener

Obere Extremitäten:

Schmerzen im ganzen Arm, in einzelnen Gelenken, Kribbeln, Ameisenlaufen, kalte Hände, Verletzungen, Durchblutungsstörungen

Schilddrüse:

Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung, Hashimoto, heiße oder kalte Knoten

Herz:

Beschwerden, Stechen, Brennen, Druckgefühl, Beklemmungsgefühl, Infarkt, Arrhythmie, Herzrasen, stolpern

Leber-Galle:

Steine, Entzündungen, Fettunverträglichkeit, Schmerzen im rechten Oberbauch, Gelbsucht, Hepatitis

Magen:

Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln

Darm:

Blähungen, Darminfektionen, Hämorrhiden, Divertikel, Polypen, Entzündungen, M. Krohn, Colitis Ulzerosa

Stuhlgang:

täglich, normal, Verstopfung, Durchfall, drängend, plötzlich, breiig, fettig, hart, dünn, wässrig, etc

Nieren:

Steine, Entzündungen, Blasenentzündungen, häufig?

Harn:

viel, wenig, normal, häufig, hell, salzhaltig, übelriechend, schmerzhaft, kann nicht halten, unwillkürlich, blutig, brennend, flockig, schaumig

Ausfluß:

keinen, stark, weiss, gelb, braun, blutig, dünn, dick, zäh, wundmachend, übelriechend, vor, zwischen, nach der Mens

weibliches Geschlecht:

Zysten, Myome, Condylome, OP usw,

Menses:

Normal, stark, schwach, welchen Abstand haben Ihre Regelblutungen, hell, dunkel, klumpig, usw

männliches Geschlecht:

Schmerzen, Prostataleiden, Nachträufeln, brennen, Geschlechtskrankheiten, usw

Haut-Nägel:

Verbrennungen, Narben, Operationen, Warzen, Nägelkaugen, Mykosen usw

Hüfte, untere Extremitäten:

Schmerzen im ganzen Bein, einzelnen Gelenke, Operationen, Unruhe der Beine, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Venenentzündungen, Krämpfe,

Rücken:

Hexenschuß, Ischias, Wirbelsäulenschmerz usw

Schlafverhalten:

Schwierigkeiten beim ein- durchschlafen, morgens wie gerädert, Träume, Unruhe, Nachtschweiß, heiße Füße, kalt, frieren, Zähneknirschen etc.

Wie ist Ihr Appetit? Worauf?

Wie ist Ihr Durst?

Warme kalte Getränke, große Schlucke, nachts

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Wie vertragen Sie Sonne?

Reagieren Sie auf den Mond?

Wie vertragen Sie Kälte/Wärme?

Kennen Sie Schwindel?

Chronologische Krankheitsgeschichte:

Unfälle, Verletzungen, Kinderkrankheiten, Operationen, Impfungen etc.

Gibt es noch Anmerkungen, die Sie für wichtig halten?

Dieser Anamnesebogen ist Teil ihrer Patientendokumentation und ist natürlich streng vertraulich. Wenn Sie diesen Bogen nicht ausfüllen möchten, können wir auch alle Fragen bei Ihrem ersten Termin gemeinsam besprechen.