

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:

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

- ☐ Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
-

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Gehirn | ☐ Nervensystem |
| ☐ Lunge | ☐ Magen-Darm-Trakt |
| ☐ Nieren | ☐ Blase |
| ☐ Leber | ☐ Gebärmutter |
| ☐ Galle | ☐ Herz |
| ☐ Bauchspeicheldrüse | ☐ Schilddrüse |

Haben Sie Probleme beim

- ☐ Stuhlgang
- ☐ Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Durchfall | ☐ Verstopfung |
| ☐ nervöser Magen | ☐ Blähungen |

Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Konzentrationsschwäche |
| ☐ Gereiztheit | ☐ Stimmungsschwankungen |
| ☐ Unruhe | ☐ Arbeitsproblemen |
| ☐ Angstgefühlen | ☐ Leistungsabfall |
| ☐ Überforderung | ☐ Familienprobleme |
| ☐ Stress | ☐ 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 Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



