

## ANAMNESEBOGEN

### Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Rauchen Sie?  Ja  Nein

### Mit welchem Hauptanliegen kommen Sie zu uns?

---

---

---

---

### Bisherige Therapie? Mit welchem Erfolg?

---

---

---

### Krankengeschichte

Wenn Sie operiert wurden. Wann, was und wie wurde bei Ihnen operiert?

---

---

---

---

Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

---

---

---

---

Welche Narkose haben Sie erhalten

Vollnarkose  Teilnarkose  Rückennarkose

Traumata und Unfallhistorie (bitte auch Verletzungen aus der Kindheit berücksichtigen)

Kopfverletzungen  Stürze auf Becken/Steißbein  
 Knochenbrüche  Fuß-, Knieluxationen  
 Sportunfälle  Auto-, Fahrradunfälle  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen

- ☉ Atemorgane (Nase, Rachen, Bronchien, Lunge)
- ☉ Herz/Kreislauf
- ☉ Urogenitalorgane
- ☉ Blase/Niere
- ☉ Sonstige \_\_\_\_\_
- ☉ Wirbelsäulenschmerzen
- ☉ Gelenkschmerzen
- ☉ Verdauungsorgane
- ☉ Menstruationsbeschwerden

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

---

---

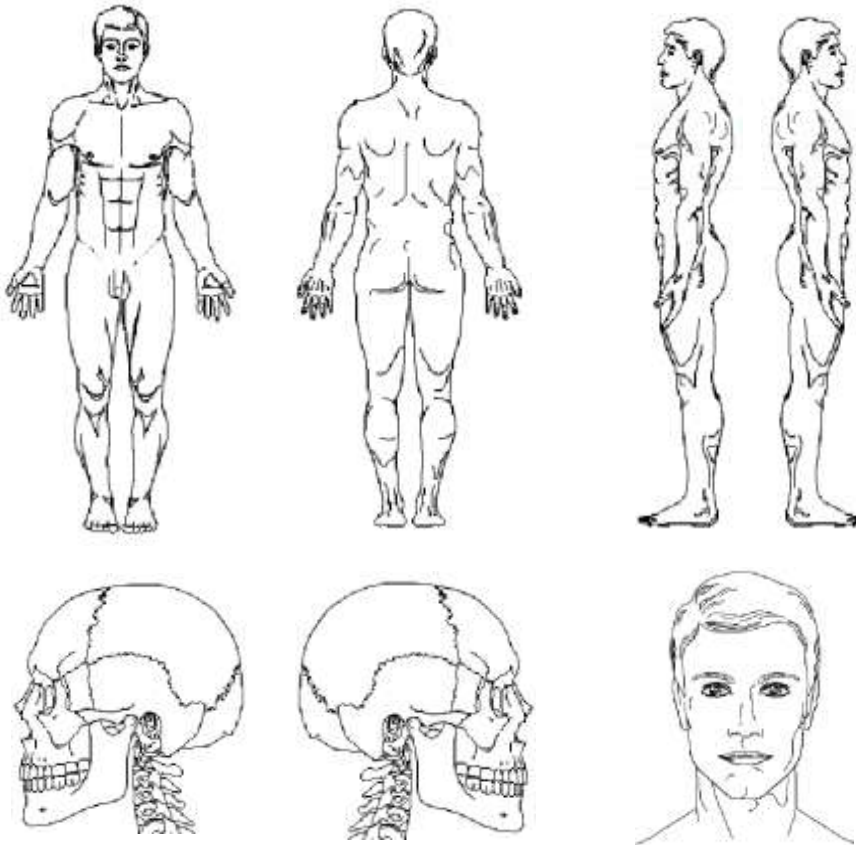
---

---

**Schmerzsituation**

Wo befinden sich Ihre Schmerzen momentan?

1. Bitte markieren Sie den exakten Schmerzort mit einem Kreuzchen!
2. Bitte schraffieren Sie die Schmerzausstrahlung!



Schätzen Sie bitte Ihre Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10.

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)  
schwach mittel sehr stark

Seit wann haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? Z.B. eine Erkrankung, Schwangerschaft, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.

---

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? Wenn ja, inwiefern?

---

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

immer     oft     selten

Wann haben Sie die Schmerzen?

am Tag                       in der Nacht                       in Ruhe  
 im Liegen                       beim Aufstehen                       bei Belastung  
 nach dem Essen

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

Bewegung                       Ruhe                       Wärme                       Kälte  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend                       bohrend                       brennend  
 stechend                       klopfend                       drückend  
 krabbelnd                       reißend                       kolikartig  
 krampfend                       dumpf                       beengend

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

Hautrötung                       Blässe  
 Schwellung                       Berührungsempfindlichkeit  
 Taubheitsgefühl                       „Ameisenlaufen“  
 Kribbeln                       Schweißbildung  
 Seh- oder Hörstörungen                       Gangunsicherheit  
 Koordinationsstörungen                       Muskelschwäche  
 Müdigkeit                       Schwindel  
 Bewegungseinschränkung

### Weitere allgemeine Fragen

Informationen zu Ihrer Geburt

Spontangeburt                       Kaiserschnitt  
 Zangengeburt/Saugglocke  
 langwierige Geburt                       schnelle Geburt  
 Komplikationen während der Geburt – wenn ja, welche

---

Besonderheiten in der Schwangerschaft (Sturz, Unfall, Aufregung, Ängste, Schockzustände, OPs, Verluste, Medikamente...)  
– wenn ja, welche

---

---

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

Ja  Nein

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

Ja  Nein

### Allgemeine Lebensweise

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus?

Allesesser  Vegetarier  Veganer  
 Fastfood  besondere Diät, ggf. welche \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_ Liter

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

täglich  2-3 Mal die Woche  einmal wöchentlich  
 einmal im Monat  nie

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?

---

---

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

---

---

**Bitte füllen Sie den Bogen – soweit als möglich – zuhause aus und bringen ihn zum ersten Termin mit!**