

ANAMNESEBOGEN

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
SSW: _____ ET: _____
Alter des Kindes: _____ Geb. SSW: _____
Hobbys: _____
Hausarzt/Therapeut/Hebamme: _____
Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg
Rauchen Sie? Ja Nein

Mit welchem Hauptanliegen kommen Sie zu uns?

Bisherige Therapie? Mit welchem Erfolg?

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?

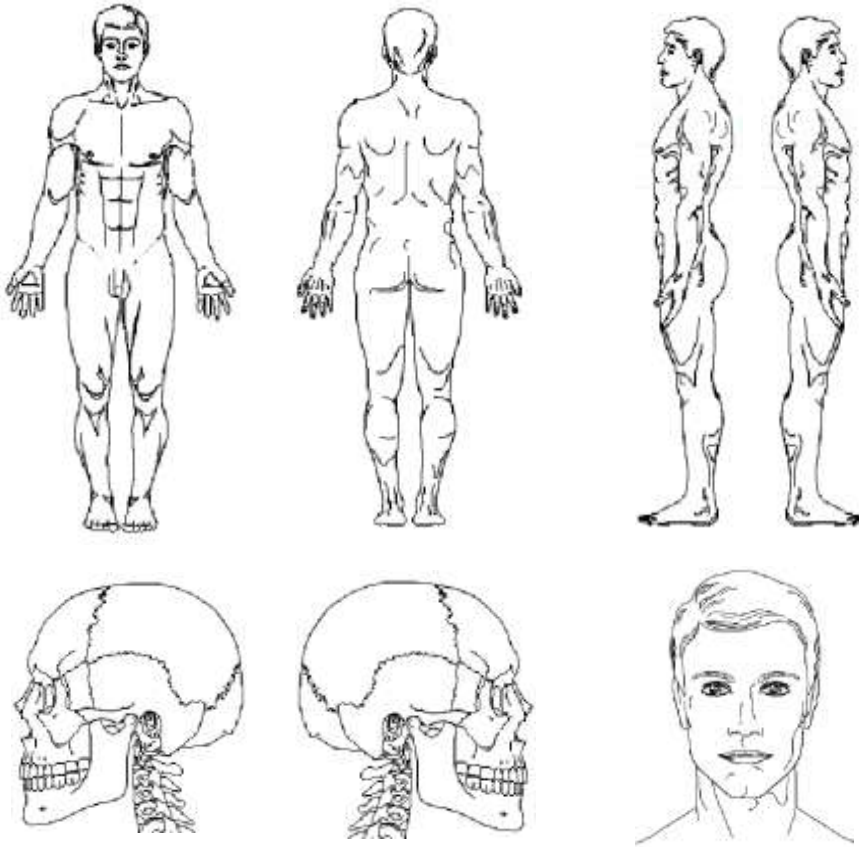
täglich 2-3 Mal die Woche einmal wöchentlich
 einmal im Monat nie

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?

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?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> am Tag | <input type="checkbox"/> in der Nacht | <input type="checkbox"/> in Ruhe |
| <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> nach dem Essen | | |

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

- | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | |

Wie ist das Schmerzempfinden?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> brennend |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> drückend |
| <input type="checkbox"/> krabbelnd | <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> kolikartig |
| <input type="checkbox"/> krampfend | <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> beengend |

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hautrötung | <input type="checkbox"/> Blässe |
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> „Ameisenlaufen“ |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Schweißbildung |
| <input type="checkbox"/> Seh- oder Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit |
| <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | |

Fragen zur Geburt des Kindes/der Kinder

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spontangeburt | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt/Saugglocke | |
| <input type="checkbox"/> langwierige Geburt | <input type="checkbox"/> schnelle Geburt |
| <input type="checkbox"/> Komplikationen während der Geburt – wenn ja, welche | |

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

- wurde gestillt?
 Ja Nein

Zusätzliche Fragen, die nicht die Schwangerschaft betreffen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

- Ja Nein

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

- Ja Nein

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

- Ja Nein

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) Wirbelsäulenschmerzen
 Herz/Kreislauf Gelenkschmerzen
 Urogenitalorgane Verdauungsorgane
 Blase/Niere Menstruationsbeschwerden
 Sonstige _____

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

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!