

Anamnese – Fragebogen

Name: _____ Geburtstag: _____
Vorname: _____ Tel. privat: _____
Straße: _____ Tel. Beruf _____
PLZ-Ort _____ Fax _____
Beruf _____ E-Mail _____
Wer hat mich empfohlen? _____ Kinder _____
Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post
Privat-Versicherung (+Tarif) : _____
private Zusatzversicherung : _____
Bitte geben Sie den genauen Tarif an, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden.

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Suizid, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Ja z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, usw.

Gibt es Allergien? Pollen? Nahrungsmittel? Ja, Nein, Welche?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

Haben Sie Narben? Wo?

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig,
links – rechts – doppelseitig –

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration,
usw.

Tragen Sie eine Brille Ja Nein Letzte Kontrolle?

Ohren links / rechts...Tinnitus seit.....Schwerhörigkeit seit....., andere.....

Tragen Sie ein Hörgerät Ja Nein Letzte Kontrolle

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Ja Nein

Haben Sie Implantate? Ja Nein

Kiefergelenkprobleme? Ja Nein

Haben Sie eine Zahnschiene (Knirschen, CMD) Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,
Herzschrittmacher,

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Leber Entzündung, Hepatitis,

Galle Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit,

Magen Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation,

Darm Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch

Stuhlgang täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach?

Neigung zu Verstopfungen, Neigung zu Durchfall, **Konsistenz:** schnittfest, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Bauch

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl usw.
Tragen Sie Einlagen?

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, usw.

Hatten Sie einen Unfall mit Halswirbelsäulenbeteiligung (Schleudertrauma, Sturz vom Pferd

Haut / Nägel Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung usw.

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss- Eierstockentzündungen, Zyklusstörungen Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten

Menses Wann war die erste Menses? wann die letzte?

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche

Klimakterische Beschwerden

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Prostata vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

Niere/Blase Nierensteine, Entzündungen – häufig, oft kalte Füße

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

Sexualität vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden nach Geschlechtsverkehr

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht..... **Meine Körpergröße**.....

Meine Blutgruppe **Mein Blutdruck**

Trinken Sie Alkohol? **Rauchen Sie?**.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Z.B. Vegetarisch oder Vegan?

Wie viel Liter und was Trinken Sie pro Tag ?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Schaffen Sie es jeden Tag, fünf Portionen (je eine Hand voll) Obst und Gemüse zu essen? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit Hilfe zu verbessern?

Auf welche Nahrungsmittel könnten Sie schwer verzichten?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?

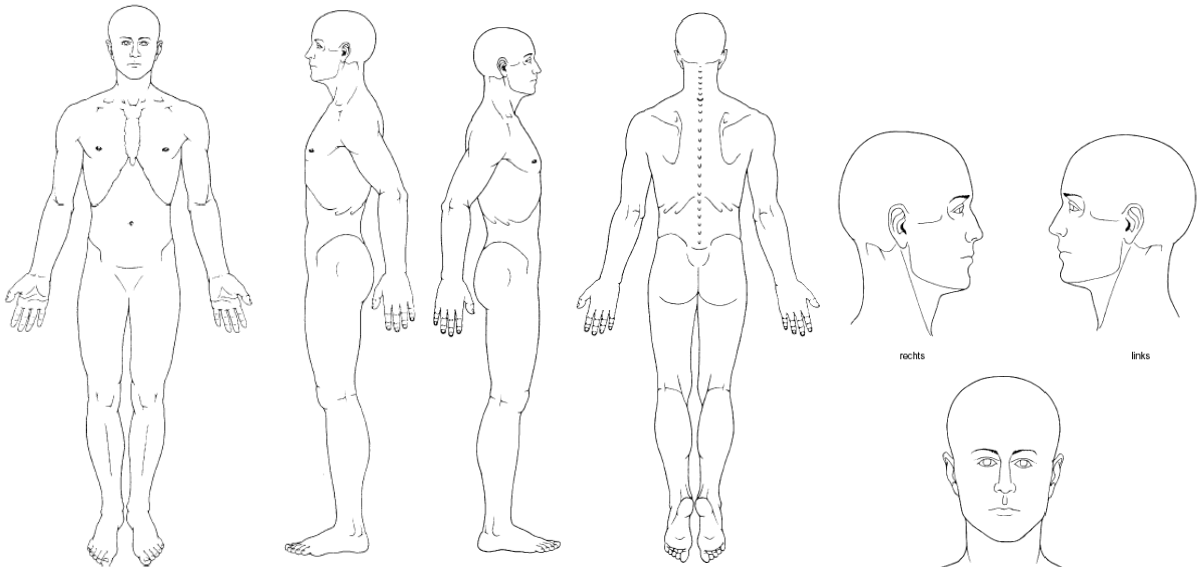
Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen.....übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf?

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung. Links Rechts und Schmerzskala von 1-10



Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwach mittel sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit.....Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse Verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung. Sonstiges

Bisherige Schmerzbehandlung?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Bitte genau Chronologie der Krankengeschichte (ggf auf der Rückseite des Anamnesebogens)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT) sowie Zahnschienen und Einlagen zum ersten Termin mit !

Das Kleingedruckte

Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären: Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 3023/91) wird verlangt, Patienten aufzuklären, dass es bei Manipulationen an der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen oder Sonstigem kommen kann.

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.
2. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum:..... Unterschrift.....
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)