

GANZHEITLICHER GESUNDHEITSFRAGEBOGEN / ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name:	Vorname:	Geb-Datum:
Strasse + Hausnr:	Postleitzahl:	Ort:
E-Mail:	Tel. Festnetz:	Mobil:
Krankenkasse:	Größe:	Gewicht:
Hausarzt:		

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Erkrankungen der Familie:	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck			
Diabetes			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Krebserkrankung (welche?)			
Neurodermitis / Allergie/ Asthma			
Depression / Nervenleiden			
andere wichtige Erkrankungen			

Mutter verstorben	nein	ja	Wann?	Alter	Woran?
Vater verstorben	nein	ja	Wann?	Alter	Woran?

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

Bluthochdruck	seit:	Schilddrüsenerkrankung	seit:
Herzinfarkt		Nierenerkrankung	seit:
Koronare		Chron. Darmerkrankung	seit:
Herzkrankheit		Lebererkrankung	seit:
Schlaganfall		Rheuma	seit:
Herzrhythmusstörungen	seit:	Hörsturz / Tinnitus	seit:
Thrombose		Depression/ Nervenleiden	seit:
Lungenembolie		Neurodermitis	seit:
Diabetes mellitus	seit:	Heuschnupfen	seit:
Asthma	seit:	Andere Allergien	seit:
COPD/ Emphysem	seit:	Der letzte Allergietest war im Jahr :	
Reizdarm	seit:		
Krebserkrankung		Wenn ja: welche?	

Welche Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

Gibt es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?)

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

noch nie

auffällig war schon mal:

Leberwert

Cholesterin

Nierenwert

Entzündungswert

Blutzuckerwert

Eisenmangel

Schilddrüsenwert

Blutarmut

Leiden Sie oder litten Sie früher an folgenden Beschwerden?

(fast) nie

ab & zu

häufig

(fast) immer

derzeit

Husten

Auswurf

Schleimgefühl im Hals oder Rachen

Verstopfte Nase / Naselaufen / Niessen

Luftnot bei Anstrengung

Luftnot in körperlicher Ruhe

Engegefühl / Beklemmung der Brust

Einschlafstörung

Durchschlafstörung

Schnarchen

Nächtliche Atemauffälligkeiten / -pausen

Nächtliches Wasserlassen

Nächtliches Zähneknirschen

Morgendliche Unausgeschlafenheit

Müdigkeit am Tage

Rasche Erschöpfung bei Anstrengung

Konzentrationsstörung

Gedächtnisstörung

Schwindel

Heißhungerattacken

Appetitlosigkeit

Mundgeruch

Rückenschmerzen: Halswirbelsäule

Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule

Hüftprobleme / -schmerzen

Knieprobleme / -schmerzen

Sonstige Gelenkbeschwerden

Muskel- oder Wadenkrämpfe

Muskelschwäche

Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit

Traurigkeit / Depressivität

Ängste

Vermehrtes Schwitzen tagsüber

Vermehrtes Schwitzen nächtlich

Kopfschmerzen

Haarausfall

Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne. ...)

Gehäuftes Wasserlassen

Augentrockenheit

Mundtrockenheit

Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)

Infektanfälligkeit:

Grippe / Erkältung o. Ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen:

(egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen, ...)

In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt: mal

In den letzten 10 Jahren insgesamt: mal

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend: hart normal breiig Durchfall wechselnd
(fast) nie ab & zu häufig (fast) immer derzeit

Blähungen Bauchschmerzen/-krämpfe Völlegefühle

Übelkeit

Erbrechen

Sodbrennen

Saures Aufstoßen

Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)

Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher immer schon seit Jahren und rauchte ca. Zigaretten am Tag

Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmässig Sport?

nein ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?

nein ja, ich habe Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

nein ja, ich hatte Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate? nein ja, ich habe Implantate.

Überkronte Zähne? nein ja, ich habe überkronte Zähne.

Wurzelgefüllte / tote Zähne? nein ja, ich habe wurzelgefüllte oder tote Zähne.

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke)? Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab & zu	mehrmals / Woche	1x täglich	mehrmals täglich
Milch					
Quark					
Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot / Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Kuchen					
Süßigkeiten					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Kaffee					
Tee					
Wasser mit / ohne Kohlensäure					
Fruchtsäfte					
Coca Cola					
Süßgetränke					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Wie wurden Sie geboren?

☐ spontane Geburt	☐ per Kaiserschnitt	☐ weiß ich nicht
--	--	---

Beziehungssituation:

☐ Ich bin	☐ allein lebend	☐ geschieden	☐ verheiratet
	☐ in fester Partnerschaft	☐ ich habe Kind/-er	☐ kinderlos

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Wochenarbeitszeit in Stunden:

Notieren Sie nun bitte noch alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.). Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75

Medikament:	☐ morgens	☐ mittags	☐ abends	☐ zur Nacht	☐ bei Bedarf
-------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?