**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A N A M N E S E B O G E N**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Aktuelle Beschwerden / Schmerzen**
	1. Was, wo haben Sie Beschwerden? Welche Art von Beschwerden haben Sie? Schmerzausstrahlung?
	2. Bitte Markieren Sie den Ort und die Ausstrahlung ihrer Beschwerden auf der Zeichnung.

 

* 1. Wie, wodurch werden die Schmerzen/Beschwerden hervorgerufen oder verändert (vorausgegangener Auslöser)?
	2. Wann treten die Beschwerden auf:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wann | Tag | Nacht | Ruhe | Belastung | Dauerhaft | Wechselnd |
| Ja |  |  |  |  |  |  |

* 1. Wodurch wurden die Beschwerden gelindert?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Was | Bewegung | Ruhe | Wärme | Kälte |
| Ja |  |  |  |  |

* 1. Haben Sie Empfindungsstörungen wie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Was | Taubheit | Über-empfindlichkeit | Wärmegefühl | Kältegefühl | Brennen | Kribbeln |
| Ja |  |  |  |  |  |  |

* 1. Womit sind die Beschwerden verbunden (Begleiterscheinungen)?
	2. Bisherige Behandler und Behandlungen wegen dieser akuten Beschwerden? Welche Diagnostik ist schon erfolgt.

 1.9 Schmerzen, akut oder wie lange schon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte die Schmerzstärke in der Tabelle, Schmerzskala (0= keine und 10 = unerträgliche Schmerzen), eintragen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ruhe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Belastung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Krankengeschichte**

2.1 Hatten Sie **Unfälle**? Ja **O**/ Nein **O**.

 Wenn ja, welche, wodurch, wann und Folgen? (z.B. Autounfall, Fahrradunfall, Stürze,

 Sportunfälle, sonstige Verletzungen)

2.2 Schleudertrauma? (Wann/Wodurch?)

2.3 Wurden Sie schon einmal **operiert**? Ja **O**/ Nein **O**.

 Wenn ja, was und wann?

* Sonstige Narben am Körper:

**2.3 Systemische Erkrankungen**

1. **Stoffwechsel/Verdauung:** (z.B. Diabetes mellitus, Lebererkrankungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Divertikel, Gastritis, Magengeschwüre, Gallen- oder Nierensteine, Schilddrüse, Wechsljahre, Ödeme…)
2. **Skelettsystem:** (z.B. Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Osteoporose, Arthrose …)
3. **Herz-Kreislauf-System:** (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall …)
4. **Atmungsorgane:** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Tuberkulose …)
5. **Urogenitaler Bereich:** (z.B. Harnwegsinfekt, Inkontinenz, Harnverhalt, Beckenbodenschwäche …)
6. **Gynäkologischer Bereich:** (z.B. Menopause, Schwangerschaften, Geburten, Komplikationen)
7. **Hauterkrankungen:** (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)
8. **Neurologische Erkrankungen:** (z.B. Anfallsleiden, Tremor, Gangstörungen, bekannte Sensibilitätsausfälle, Lähmungen …)
9. **Bösartige Erkrankungen:** (Was, wo, wann und welche Therapieform?)
10. **Zahn-, bzw. Kieferbehandlungen, Zahnentzündungen, Kieferprobleme?** (Klammer, Knirschschiene?)
11. **Allergien:** (z.B. Arzneimittel, Pollen, Nickel, Nahrungsmittel)
12. **Regelmäßige Arzneimitteleinnahme:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikamente | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung** ein: Ja **O**/ Nein **O**, wenn ja, welche?
* Nehmen Sie Vitamin D-Präparate (1000 IE/Tag):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Was | Vitamin D (nur Winter) | Vitamin D (ständig) | Kalzium zusätzlich |
| Ja |  |  |  |

1. **Weitere Behandler:** (parallele Behandlungen wie Internist, Zahnarzt …)
* Sind Sie in homöopathischer oder naturheilkundlicher Behandlung? Wenn ja, wo?
1. **Bisherige Befunde:** (Labor usw.)
2. **Bisherige diagnostische Bilder:** (Röntgen, CT, MRT …; wann und was?)
3. **Familienanamnese:**
	1. Gehäufte Erkrankungen:
	2. Erkrankungen wie z.B. Koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen…
	3. Bösartige Erkrankungen (z.B. Mamma-, Kolon-, Prostatakarzinom)?
4. **Mögliche Risikofaktoren, Ernährung und Lebensstiel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Was | Rauchen | Kaffee/Cola | Alkohol |
| Ja |  |  |  |
| Menge |  |  |  |

Ernährung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Was | Mischkostler | Vegetarier | Veganer |
| Ja |  |  |  |

* Auffällige Ernährungsgewohnheiten:

Stuhlgang: wie oft:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Was | regelmäßig | wechselhaft | Verstopfungen | Durchfall |
|  |  |  |  |  |

* Körpergewicht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg, Körpergröße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm,
* Gewichtsschwankungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Stress im Alltag:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Schlaf erholsam: Ja **O** / Nein **O**, Schlafprobleme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* nächtliches Schwitzen: Ja **O** / Nein **O**
* Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja **O**/ Nein **O**.

 Wenn ja, welchen und wie oft?

**Bemerkungen:**