



## Anamnese Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Tel. beruflich \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen, Namen und  
Geburtsdatum des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

### Anleitung

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

**Versicherung:**       Gesetzlich (AOK, DAK, BKK usw.)  
                              Beihilfe/Post  
                              private Krankenversicherung/Welche?

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

**Was war unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkältung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister.**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, usw.

**Welche Auffrischimpfungen 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 die Impfungen?**

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

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Pfeiffer'sches Drüsenfieber

**Infekte** Husten, Schnupfen, Bronchitis, Mittelohrentzündung, Mandelentzündung.  
Wenn ja, wie häufig?

**Gibt es Allergien?** Nahrungsmittel..... seit .....  
Pollen oder andere ..... seit .....

**Kopf**

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

häufig - selten  
Stirn - Augen - Schläfen - Hinterhauptregion  
morgens - abends  
halbseitig - links - rechts - doppelseitig

**Haare** Haarausfall - kreisrunder Haarausfall - vereinzelter Haarausfall, seit .....

**Augen** Bindehautentzündung - Kurzsichtigkeit - Weitsichtigkeit - grauer Star -  
Macula-Degeneration

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

**Zähne/Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? o ja o nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? o ja o nein

**Zahnfüllmaterialien** o Amalgam o Kunststoff o Gold o Keramik

**Nase** Operationen - Nasennebenhöhlenentzündungen -  
behinderte Nasenatmung - Nase verstopft

**Mandeln** Operation - häufig Mandelentzündungen als Kind/heute

**Schilddrüse** Überfunktion - Unterfunktion - Vergrößerung - Operation

## Brust und Bauch

---

<b>Herz</b>	Beschwerden- Stechen - Druckgefühl - Infarkt - Beklemmung - Rhythmusstörungen
<b>Lunge</b>	Bronchitis - häufig Husten
<b>Leber</b>	Entzündung - Hepatitis
<b>Galle</b>	Steine - Koliken - Operation - Druck im Oberbauch - Fettunverträglichkeit
<b>Magen</b>	Völlegefühl - Gastritis - Appetitlosigkeit - Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten .....
<b>Darm</b>	Infektionen - Hämorrhoiden - Blinddarmoperation - Blähungen (Geruch .....
<b>Stuhlgang</b>	täglich, jeden 2. - 3. - 4. Tag - unregelmäßig - riecht nach ..... - Neigung zur Verstopfung - Neigung zu Durchfall - Stuhl hell - Stuhl dunkel - übelriechend - hart - knollig - weich - schmierig - pastenartig <b>(Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest)</b> Stuhlgang wechselhaft - kann Stuhl nicht halten - Gefühl, nicht fertig zu werden

## Unterleib - Gynäkologie

---

<b>Gynäkologie</b>	Ausfluss - Eierstockentzündungen - Ausschabungen - Fehlgeburten - Tumore - Zysten - Myome - Geschlechtskrankheiten
<b>Menses</b>	Wann war die erste Menses? ..... Wann die letzte? ..... Beschwerden vor - nach - während der Regel? Welche? ..... klimakterische Beschwerden? .....
<b>Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche? .....</b>	
<b>Prostata</b>	vergrößert - Entzündungen - Beschwerden beim Wasserlassen
<b>Niere/Blase</b>	Nierensteine - Entzündungen (häufig)
<b>Harn</b>	viel - wenig - häufig - kann nicht halten - Geruch nach .....
<b>Sexualität</b>	vermindert - stark - unbefriedigt - Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

**Rücken, Arme, Beine und Haut**

---

- Arme** Verletzungen - Schmerzen - Tennisellenbogen - Kribbeln - kalte Hände
- Beine** Verletzungen - Schmerzen - Krampfadern - Operationen - kalte Füße - Kribbeln - Taubheitsgefühl
- Rücken** Beweglichkeit - Verspannungen - Belastungen - Rheuma
- Haut/Nägel** Verbrennungen - Geschwüre - Hautjucken - Warzen - Pilze – eingewachsene Nägel - Nagelbettentzündungen
- Narben** Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?  
Bitte unbedingt beim Besuch zeigen, auch kleinere.

**Allgemeines**

---

**Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen?**

.....  
.....  
.....

**Treiben sie Sport?** o ja, seit ..... Sportart .....  
o nein

**Körpergewicht** ..... **Körpergröße** .....

**Blutgruppe** ..... **Blutdruck** .....

**Schlaf** Schlaflosigkeit - häufiges Erwachen (Uhrzeit .....)  
Schwierigkeiten beim Einschlafen - Sprechen im Schlaf - Unruhe in den Beinen  
Nachtschweiße - heiße Füße - Zähneknirschen

**Schlafzeit** übliches Zubettgehen ..... übliches Aufstehen .....

**Ernährung**

---

**Verlangen** nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

**Abneigungen** gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. Vegetarier)?**

Falls ja, welche .....

**Trinken** Wie viel trinken Sie pro Tag? ..... Liter

Was trinken Sie? .....

**Meine Ernährungsgewohnheiten**

**Morgens** .....

**Mittags** .....

**Abends** .....

**Vor dem Schlafen/beim Fernsehen** .....

**Nachts** .....

---

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?**

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Bitte geben Sie genau an, was Sie in welcher Menge für welches Leiden nehmen. Geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel an!

---

**Chronologie der Krankengeschichte**

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