

Datum:

Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Aktuelle Hauptbeschwerden / Probleme:

Bisherige Therapieversuche (auch eigene!), mit welchem Erfolg:

Eigenanamnese

Vorerkrankungen:

Unfälle (von Bagatellen abgesehen) und/oder Operationen:

Regelmäßige Medikamente, Verhütungsmittel, Sprays, Cremes, Vitaminpräparate...:

Familienmitglieder mit frühzeitigen Erkrankungs- und Todesfällen?

ja / nein / unbekannt

Wie viel Bewegung pro Tag oder Woche? Sport, wenn ja welche Sportart und wie häufig und wie lange?

Vegetative Anamnese

Probleme Einzuschlafen / Durchzuschlafen / Aufzuwachen?

Wenn Durchschlafprobleme, Erwachen um welche Uhrzeit etwa?

Zwischen und Uhr

Schlaf insgesamt erholsam:

ja / nein / mäßig?

Nächtliches Zähneknirschen?

ja / nein / unbekannt

Träume:

jede Nacht / mind. 1x pro Woche / mind. 1x im Monat /
 seltener / gar nicht?

Traumerinnerung am Morgen?

Alpträume?

Schlafwandeln?

Tagesform eingeschränkt?

ja / nein

Stimmung:

- Gedrückt? Gleichgültig?
 Grübeltendenz? Leere im Kopf?
 „Gehirnnebel“ (brain fog)?

Erinnerung und Sprache:

- Vergesslichkeit? Wortfindungsstörungen oder Wortverwechslungen?
 Probleme bei der räumlichen Orientierung?

Ernährung:**Bestimmte Ernährungsform?**

- ja, nämlich: / nein

Ungewöhnlich starke Lust auf

- Salz Zucker Fleisch ?

Hunger -/ Essattacken?

- ja / nein

Haut

- trocken fettig schuppig viele Mitesser Akne (evtl. auch nur früher)?
 Viele Muttermale/Leberflecke? Dehnungsstreifen?
 Stattgehabte Leistenbrüche?

Nägel

- Wachstumsstörungen? Weiße Flecken?

Mund

- Trockener Mund? Aphten? Zahnfleischentzündungen?
 Trockene, rissige Mundwinkel?

Kopf

- Kopfschmerzen Migräne, wenn ja wie oft und wie lange?

Augen

- Doppelbilder? Schausfälle? Störungen beim „Scharfstellen“?
 Zeitweiliges oder dauerhaftes Schielen, evtl auch nur unter Belastung?
 Empfindlichkeit auf helles Licht? Augentrockenheit?
 Nächtliches Sehen beeinträchtigt?

Gehör

- Tinnitus? Empfindlichkeit auf laute Geräusche?
 Einschränkung des Richtungshörens oder selektiven Hörens, eventuell nur bei lauter Umgebung?

Nase

- gelegentlich / häufig / ständig verstopft?

Herz

Gefühl von „Gulpen“ / Aussetzern / Herzrasen / Herzstolpern / heftigem Klopfen?

Lunge

- Gefühl der Luftnot, ohne Diagnose trotz umfangreicher medizinischer Abklärung?

Verdauung

- Sodbrennen? Häufiges Aufstoßen? Viel Windabgang?
 Wiederkehrende Bauchschmerzen? Unregelmäßiger Stuhlgang?
 Wechselnde oder unnormale Konsistenz?

Extremitäten:

- Muskelschmerzen? Gelenkschmerzen? Kalte Hände, kalte Füße?
 Muskelkrämpfe?
 Schwächegefühl oder Unwohlsein in den Muskeln von Beinen und/oder Armen?
 Schmerzen in den Sehnenansätzen?

Weitere Anmerkungen: