

Gemeinschaftspraxis Dr. Bückendorf, Beesten und Kollegen Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Wulfsbrook 2, 24113 Kiel
Tel.: 0431 / 68 01 31 – Fax: 0431 / 64 37 61
info@praxis-wulfsbrook2.de
www.praxis-wulfsbrook2.de

Anamnesebogen für Spezialsprechstunde Naturheilverfahren und komplementäre Therapieverfahren

Liebe Patientin, lieber Patient, in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

Bitte drucken Sie den Fragebogen aus und füllen ihn so gut wie möglich aus, kreuzen Zutreffendes an und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin rechtzeitig per Fax, Mail oder per Post zu. Vielen Dank!

Persönliche Angaben:

Name: Vorname: Datum:

Geburtsdatum: Geschlecht:

1. Ihre (momentanen) Beschwerden/Diagnosen, weswegen kommen Sie zu uns?

1. _____ seit _____
2. _____ seit _____
3. _____ seit _____
4. _____ seit _____
5. _____ seit _____
6. _____ seit _____
7. _____ seit _____
8. _____ seit _____

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Impfung, Medikamente, Zahnbehandlung, Operationen etc.?

3. Welche Medikamente/Nahrungsergänzungen nehmen Sie derzeit ein?

- 1. _____ Dosierung: _____
- 2. _____ Dosierung: _____
- 3. _____ Dosierung: _____
- 4. _____ Dosierung: _____
- 5. _____ Dosierung: _____
- 6. _____ Dosierung: _____
- 7. _____ Dosierung: _____
- 8. _____ Dosierung: _____
- 9. _____ Dosierung: _____
- 10. _____ Dosierung: _____

Haben Sie früher häufig folgende Medikamente eingenommen?

- Cortison Antibiotika längerfristig Schmerzmittel Immunsuppressiva

4. Welche Behandlungen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits bekommen und mit welchem Erfolg?

5. Hatten Sie schon Operationen?

- Blinddarm Mandeln Schilddrüse Gallenblase
- Gebärmutter Eierstöcke Prostata Leistenbruch
- Sonstiges _____

6. Liegen Allergien vor?

- Heuschnupfen Frühblüher Gräser Pollen
 - Asthma Tierhaare Hausstaubmilben
 - Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
 - Sonstige Allergien, bitte nennen:
-

7. Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

- Laktoseintoleranz Fruktoseintoleranz Histaminintoleranz
 - Nahrungsmittelallergie vom Soforttyp (IgE-vermittelt) Zöliakie/Sprue
 - Nahrungsmittelallergie vom verzögerten Typ (IgG-vermittelt) Folgende Nahrungsmittel vertrage ich schlecht:
-

Welche Reaktionen haben Sie auf unverträgliche Nahrungsmittel?

8. Wie ist ihre Verdauung- Magen/Darm?

- Völlegefühl n. d. Essen Übelkeit n. d. Essen Blähbauch
 - Sodbrennen Vermehrt Aufstoßen Appetitlosigkeit
 - abgehende Winde übelriechend abgehende Winde geruchsneutral
 - Verstopfung Tendenz zu weichen Stühlen
 - Durchfall Wechsel von Durchfall und Verstopfung
 - Gastritis Magengeschwür Hämorrhoiden
 - Stuhlgang täglich Stuhlgang alle 2-3 Tage
 - Sonstiges _____
-

9. Sind Sie infektanfällig? Haben Sie chronische Entzündungen?

- grippale Infekte _____x / Jahr NNH/Sinusitis _____x / Jahr
 - Mittelohrentzündung _____x / Jahr Angina _____x / Jahr
 - Harnwegsinfekte _____x / Jahr **Antibiotika** _____x / Jahr
 - Sonstige (z.B. Hepatitis, Epstein Barr, Zähne) _____
-

10. ♀ Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl der Schwangerschaften? _____

Anzahl der Geburten? _____

1) _____ Jahr 2. _____ Jahr 3. _____ Jahr 4. _____ Jahr **Hormonelle**

Verhütung/Hormontherapie ?

Pille Präparat? _____ Von wann bis wann? _____

Spirale Mirena Andere Von wann bis wann? _____

Hormonersatztherapie Präparat? _____ Seit wann? _____

Monatsblutung

regelmäßig _____-tägiger Zyklus

unregelmäßig schmerzhaft starke Blutungen klumpige Blutung

PMS (Prämenstruelles Syndrom) (= Beschwerden 1-14 Tage vor der Menstruation)?

Kopfschmerzen Migräne depressive Verstimmung/Blues Sonstige

Beschwerden _____

Klimakterium

Letzte Blutung vor _____ Monaten/Jahren

Hitzewallungen depressive Verstimmung Angstzustände

Schlafstörungen Sonstiges _____

Gynäkologische Operationen?

Ausschabung Gebärmutterentfernung Ausschabung

Entfernung der Eierstöcke rechts links

Brust rechts links gutartig bösartig

Kaiserschnitt wie oft? _____ x

Sonstiges _____

11. ♂ Für Patienten, bitte ausfüllen:

Haben Sie Probleme mit dem Wasserlassen? ja nein

Leiden Sie an einer Prostatavergrößerung? ja nein

PSA-Wert-Erhöhung? ja nein Wert? _____

Wurden Sie bereits an der Prostata operiert? ja nein

Hobelung Entfernung

12. Zähne

Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- Amalgam Kunststoff Gold Keramik Keines
- Amalgam entfernt
- Amalgamausleitung erfolgt mit? _____
- wurzelbehandelte Zähne wie viele? _____
- Prothese/Teilprothese oben unten
- Implantate wie viele? _____
- Weisheitszähne vorhanden? ja nein
- Wann erfolgte die letzte Zahnbehandlung? _____
- Wie viele Zahnbehandlungen hatten Sie in den letzten Monaten/Jahren? _____

13. Impfungen?

- Polio Diphtherie Tetanus Keuchhusten Hepatitis A
- Hepatitis B Masern Mumps Röteln
- Grippe jährlich? ja nein
- Zecken/FSME Weiß ich nicht kein Impfausweis vorhanden

14. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

- Masern Röteln Windpocken Mumps Scharlach

15. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck Diabetes Fettstoffwechselstörung
 - Magenerkrankung Tumorerkrankung Nierenerkrankung
 - Hautkrankheit Rheuma Asthma
 - Herzerkrankungen Gicht Inkontinenz
 - Lebererkrankung Gallensteine Schilddrüsenerkrankung
 - Erkrankungen des Nervensystems
 - Psychische Erkrankungen
 - Sonstige Erkrankungen (z.B. Unfälle u.a.) _____
-

16. Leiden Sie an folgenden Symptomen?

- | | | | | | |
|-------|---|----------|---|----------|---|
| Kopf: | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Sehstörungen | Haut: | <input type="checkbox"/> Rötungen
<input type="checkbox"/> trocken
<input type="checkbox"/> Juckreiz | Psyche: | <input type="checkbox"/> Erschöpfung
<input type="checkbox"/> Gefühlsschwankung
<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Hyperaktivität
<input type="checkbox"/> Aggressionen
<input type="checkbox"/> Angstzustände
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung
<input type="checkbox"/> Einschlafstörung
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörung
<input type="checkbox"/> sexuelle Unlust |
| Mund: | <input type="checkbox"/> Zunge belegt
<input type="checkbox"/> Zunge geschwollen
<input type="checkbox"/> Bläschen
<input type="checkbox"/> Pickel
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | Herz: | <input type="checkbox"/> Herzstechen
<input type="checkbox"/> Herzstolpern
<input type="checkbox"/> Herzrasen
<input type="checkbox"/> Beklemmung
<input type="checkbox"/> Engegefühl | | |
| Hals/ | <input type="checkbox"/> Heiserkeit | Skelett: | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl
<input type="checkbox"/> Schwellungen
<input type="checkbox"/> Steifheit | Stoffw.: | <input type="checkbox"/> Übergewicht
<input type="checkbox"/> Schwitzen nachts
<input type="checkbox"/> Hitzewallungen
<input type="checkbox"/> verstärkt Durst
<input type="checkbox"/> verstärkt Hunger
<input type="checkbox"/> Heißhungerattacken |
| Lunge | <input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Verschleimung
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen | | | | |

17. Erkrankungen in der Familie (Mutter/Vater/Geschwister):

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Sonstige | |
-

18. Soziales

- Familienstand: verheiratet liiert getrennt geschieden verwitwet
- Kinder Anzahl:

19. Lebensgewohnheiten

Welche Nahrungsmittel essen wie häufig?

- | | nie | selten | 1x pro Tag | mehrmals tgl. |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Milchprodukte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fleisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gemüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nüsse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Süßigkeiten/Kuchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zucker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Essen Sie regelmäßig 3 Mahlzeiten pro Tag? ja nein

Essen Sie 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag? ja nein

Essen Sie Zwischenmahlzeiten? Wenn ja was und wie oft? _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Welche? _____

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag? _____ Liter

Was trinken Sie vor allem? Wasser Kaffee Tee Sonstiges _____

Alkoholkonsum? unregelmäßig regelmäßig was/wie viel? _____

Rauchen Sie? nein ja Anzahl Zigaretten/Tag? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Muskelaufbau/-kräftigung _____x/Woche Ausdauer _____x/Woche Sonstiges _____x/Woche

Fühlen Sie sich derzeit psychisch belastet?

Familie Partnerschaft Kinder Beruf Trauerfall
 Pflege von Angehörigen Sonstiges _____

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

_____ Std./Nacht

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Elektrostress?

Benutzen Sie regelmäßig ein Handy? ja nein

Tragen Sie das Handy überwiegend am Körper? ja nein

Wie viele Stunden arbeiten Sie tgl. am Computer? _____ Std./Tag

Haben Sie Elektrogeräte im Schlafzimmer/um das Bett herum? ja nein

Welche? _____

20. Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. Ihrem Besuch?

- "nur" Beratung
- Stillstand der Erkrankung
- Beschwerdeverbesserung
- Beschwerdefreiheit
- Sonstiges _____

21. Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

Praxis Dr. Bückendorf, Beesten und Kollegen
Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Wulfsbrook 2, 24113 Kiel Tel.: 0431 / 68 01 31 – Fax: 0431 / 64 37 61
 eMail: info@praxis-wulfsbrook2.de www.praxis-wulfsbrook2.de

Name des Patienten:

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, zur besseren Erfassung aller Ihrer Beschwerden möchte ich Sie bitten, Ihre Symptome anzukreuzen. Sollten Ergänzungen notwendig sein, so fügen Sie diese unter dem Text handschriftlich hinzu.

Zentral-nervöse Beschwerden:	X	Gelenke / Haut / Muskeln:	X
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	Muskeltverspannungen	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	Ekzeme	<input type="checkbox"/>
Wortfindungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Hautentzündungen	<input type="checkbox"/>
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	Juckreiz	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schwäche	<input type="checkbox"/>	Herz- / Lungenbeschwerden:	<input type="checkbox"/>
Seelische Störung	<input type="checkbox"/>	Herzstolpern	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Alpträume	<input type="checkbox"/>	Herzstiche / Herzdruck	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	Beklemmung	<input type="checkbox"/>
Merkfähigkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>
Angstgefühle	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Schleimhaut- / Mund- / Zahnbeschwerden:		Magen- / Darmbeschwerden:	
Metallgeschmack	<input type="checkbox"/>	Unregelmäßiger Stuhlgang	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischentzündungen	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
Zungenbrennen	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>
Trockener Mund	<input type="checkbox"/>	Häufige Pilzkrankungen	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	Blähungen / Völlegefühl	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>
Kloßgefühl	<input type="checkbox"/>	Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Häufige Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>
Allgemeinbeschwerden:		Allergien:	
Leistungsminderung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hinfälligkeit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Müdigkeit / Schwäche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Haben Sie noch weitere Beschwerden, dann ergänzen Sie bitte hier: