

Patienten-Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu bieten, bitten wir Sie, dieses Anamneseformular sorgfältig auszufüllen und zu Ihrem ersten Termin bei uns mitzubringen. Ihre Angaben helfen uns, ein umfassendes Bild von Ihrem Gesundheitszustand, Ihrem Krankheitsbild und Ihren Symptomen zu erhalten. So können wir gezielt auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen und einen optimalen Behandlungsplan erstellen. Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Allgemein

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnummer	
Nationalität		E-Mail	
Geschlecht		Familienstand	
Größe	cm	Raucher	ja nein
Gewicht	kg	Beruf	

Hobbies/Sport (Was?/ Wie oft?):

Medikamente

Ernährung (vegan, vegetarisch, Mischkost, Magersucht in Vergangenheit, Intoleranzen)

Allergien

Operationen, Narben, größere Tattoos, Piercings (Wann? Was? Wo?)

Rechtshänder	Linkshänder	Schlafposition		
		Seitenlage	Bauchlage	Rückenlage
Erhöhter Alltagsstress		Hauptbelastung		
Depressionen		sitzen	stehen	laufen

Wärme- bzw. Kältetoleranz am Körper und im Schmerzgebiet

Hilfsmittel (Bandagen, Tapes, Gehhilfen)

Hauptproblematik

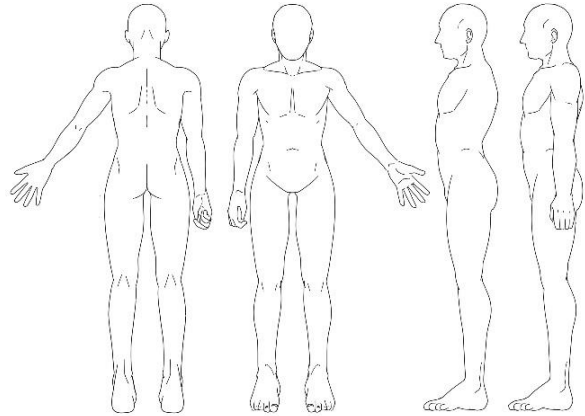
Weshalb kommen Sie zu uns?

Haben Sie Schmerzen und wenn ja wo?

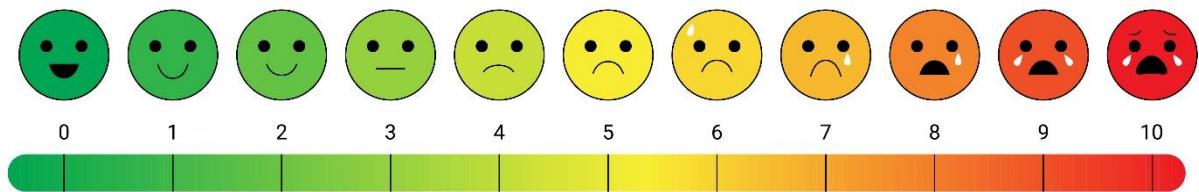
Seit wann?

Gab es Auslöser?

Wie ist der Schmerz? (stechend, brennend, tief, oberflächlich, pochend, drückend, ziehend, dumpf, hell,...)



Wie stark ist der Schmerz? (1-10)



Bildquellen: Adobe Stock #44003088ta 二一 | #515674849 Yanka

Wann treten die Beschwerden auf?

in Ruhe bei Belastung

morgens

mittags

abends

nachts

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden genauer.

Was verbessert die Problematik?

Was verschlechtert die Problematik?

Haben Sie Taubheit Kribbeln Gefühlsstörungen Kraftverlust?

Welche Bewegung verbessert und welche Bewegung verschlechtert die Beschwerden?

Sind Prothesen, Implantate, Platten, Schrauben oder Nägel vorhanden?

Gelenkfehlstellungen (X-Bein, O-Bein, Hüftdysplasie, Skoliose, Trichter- /Hühnerbrust)

Bisherige Therapien:

Familienanamnese

Kommen in Ihrer Familie vermehrt Krankheiten vor?

(z.B. Rheuma/ rheumatische Erkrankungen, Krebs, Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfälle, Herzinfarkte, Osteoporose, Erbkrankheiten,...)

Anamnese Muskel- und Skelettsystem

Erkrankungen	nein	ja	Beschreibung
Rheuma/ rheumatische Erkrankung			
M. Scheuermann			
M. Schlatter			
Gicht			
Osteoporose			
Arthrose			
M. Bechterew			

Traumata (Knochenbrüche, Unfälle/ Stürze, Schleudertrauma, Bänderrisse, Knorpelschäden, Bandscheibenschäden, Gelenkersatz, Operationen, Entzündungen, ...)

Kopf/Kiefer

Wirbelsäule/Becken

obere Extremitäten (Schulter, Ellenbogen, Hand)

untere Extremitäten (Hüfte, Knie, Fuß)

Anamnese Organsystem

Bitte geben Sie alle Krankheiten, Auffälligkeiten und Operationen an, die Sie haben oder hatten – sowohl aktuelle als auch frühere.

Herzkreislaufsystem	nein	ja	Beschreibung
Schlaganfall			
Herzinfarkt			
Arteriosklerose			
Bluthochdruck			
niedriger Blutdruck			
Herzerkrankung			
Durchblutungsstörung			
Thrombose			
Blutverdünner (medikamentös)			
Gerinnungsstörung			
Kältegefühl in Extremitäten			
Schwellungen (Wo?)			
Auffälligkeiten im Blutbild			
Herzschrittmacher			
Bypass/Stunts			
andere:			

Lymphsystem	nein	ja	Beschreibung
Lymphödem			
Lipödem			
Schwellungen			
Schmerzen/ Schwere in Extremitäten bei Druck oder längerem Gehen			
leicht zu verursachende blaue Flecken			
andere:			

Atemwege	nein	ja	Beschreibung
Lungenentzündung/en			
Bronchitis (chronisch/akut)			
Covid-Erkrankung mit Spätfolgen			
Hals-/ Nasen-/ Ohrenentzündungen			
COPD			
Lungenemphysem			
Asthma bronchiale			
Lungenentzündung/en			
Bronchitis (chronisch/ akut)			
andere:			

Magendarmtrakt	nein	ja	Beschreibung
Nahrungsunverträglichkeit/en			
Allergien			
Übelkeit			
Sodbrennen			
Durchfall			
Verstopfung			
veränderte Stuhlkonsistenz			
Bauchschmerzen (Wo?)			
Blähungen/Aufgeblätheit			
Gastritis			
Magengeschwüre			
Colitis Ulcerosa			
Morbus Chron			
Blinddarmenzündung/ -entfernung			
häufige Antibiotikatherapien			
Divertikel			
Hämorrhoiden			
Nahrungsunverträglichkeit/en			
andere:			

Leber-/Gallensystem	nein	ja	Beschreibung
Hepatitis			
Lebererkrankung/ Fettleber			
Gallensteine			
andere:			

Urogenitaltrakt	nein	ja	Beschreibung
Nierenerkrankung/en			
Nierensteine			
Nierenbeckenentzündung			
Blasenentzündung			
Gebärmutter-/ Prostataerkrankung			
Inkontinenz/ Beschwerden beim Wasserlassen			
Menstruationsbeschwerden (starke Schmerzen, lang/ kurz/ Ausfall der Periode)			
Wechseljahrbeschwerden			
Schwangerschaften (Wie viele? Auffälligkeiten)			
Kaiserschnitt			
andere:			

Hormonsystem	nein	ja	Beschreibung
Schilddrüsenerkrankung			
Schilddrüsenüber-/ -unterfunktion			
Nebenniereninsuffizienz			
andere:			

Bauchspeicheldrüse	nein	ja	Beschreibung
Diabetes mellitus (wenn ja, welcher Typ?)			
Pancreatitis			
andere:			

Immunsystem	nein	ja	Beschreibung
Häufige Erkältungen			
Milzkrankung/ -verletzung			
Krebserkrankung(wenn ja, was und welche Therapie?)			
Gürtelrose			
Pfeiffersches Drüsenfieber			
andere: (z.B. Kinderkrankheiten, Infektionskrankheiten,...)			

Kopf- und Nervensystem	nein	ja	Beschreibung
Zahnprobleme/ OPs / Implantate			
Kopfschmerzen (Wo? Wann? Migräne?)			
Kieferprobleme (Knacken, Knirschen, Schienenversorgung,...)			
Tinnitus/ Ohrgeräusche			
Schwindel			
Schlafprobleme			
Probleme beim Sehen, Hören Riechen, Schmecken, Schlucken, Sprechen			
Morbus Parkinson			
Lähmungen (spastisch, schlaff)			
Demenz			

Vielen Dank und bis bald in unserer Praxis!

Ihr Team Jens Wockenfoth