

## Anamnese – Fragebogen

Tina Flügel-Becker, Tübinger Str. 46, 72202 Nagold, Tel.: 07459 9 33 26 52

(Hinweise zum Ausfüllen des Formulars am PC: Nach einem Klick auf die grauen Felder die Eingabe beginnen)

Name:	_____	Geburtstag:	_____
Vorname:	_____	als wievielles Kind geboren	_____
Straße:	_____	Tel. privat	_____
PLZ/Ort	_____	Tel. beruf:	_____
E-Mail	_____	Größe	_____
Beruf:	_____	Gewicht	_____
Familienstand:	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig
Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Name der Versicherung:	_____	Wie als sind bzw. wurden die Eltern?	Vater: _____ Mutter: _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen reicht es anzukreuzen, falls diese zutreffen. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie für den Ersttermin an mich schicken oder bringen ihn in die Sprechstunde mit.

Bitte bringen Sie auch eventuelle Kopien von Befunden sowie eine Liste der von Ihnen derzeit eingenommenen Medikamente, Naturarzneien und Vitaminen/Nahrungsergänzungsmittel zum Behandlungstermin mit.

### Was sind Ihre derzeitigen gesundheitlichen Hauptanliegen?

---



---



---

### Was sind Ihre Ziele und was kann ich für Sie tun?

---



---



---

### Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Ur-Großeltern, Geschwister

---



---

### Leiden Sie derzeit, oder litten Sie bereits unter folgenden Erkrankungen?

zutreffendes auf den folgenden Seiten bitte ankreuzen:



**Kopf und Nervensystem:**

- |  |                                       |  |  |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen     | <input type="checkbox"/> Migräne      | <input type="checkbox"/> Stress          | <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen   | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schwindel       | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Stimulantien:     | <input type="checkbox"/> Medikamente  | <input type="checkbox"/> Alkohol         | <input type="checkbox"/> Nikotin         |
| <input type="checkbox"/> soziale Probleme: | <input type="checkbox"/> Beruf        | <input type="checkbox"/> Familie/Partner | <input type="checkbox"/> Trauerfall      |

sonstiges:

---

**Augen:**

- |                                      |                                      |  |                              |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Weitsichtig | <input type="checkbox"/> Kurzsichtig | <input type="checkbox"/> Alterssichtig | <input type="checkbox"/> AMD |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------|

sonstiges:

**Hals, Nase, Ohren:**

- |   |   |                                 |                                 |                                |  |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Operationen, welche, wo? |   |                                 |                                 |                                |  |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung      | <input type="checkbox"/> links              | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> früher | <input type="checkbox"/> heute | <input type="checkbox"/> Tinnitus        |
| <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung   | <input type="checkbox"/> links              | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> früher | <input type="checkbox"/> heute | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> häufig Mandelentzündung  | <input type="checkbox"/> links              | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> früher | <input type="checkbox"/> heute | <input type="checkbox"/> Heiserkeit      |
| <input type="checkbox"/> Kehlkopfentzündung       | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | sonstiges:                      |                                 |                                |  |

**Zähne/Kiefer:**

- |  |                                  |                               |                                     |                                  |
|--|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Zahnfüllmaterialien                        | <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Keramik |
| Wurden bei Ihnen Zähne wurzelbahandelt?    |                                  |                               | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein    |
| Wurde Amalgam entfernt?                    |                                  |                               | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein    |
| Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? |                                  |                               | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein    |

**Schilddrüse:**

- |                                       |  |                                 |                                       |                                       |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Überfunktion | <input type="checkbox"/> Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Struma | <input type="checkbox"/> kalte Knoten | <input type="checkbox"/> warme Knoten |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

Sonstiges:

---

**Lunge:**

- |   |                                     |                                 |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> chron. Husten |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|--|

sonstiges:

---

**Herz und Kreislauf:**

- |  |  |                                       |                                       |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzrasen    | <input type="checkbox"/> Beklemmungen |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Druckgefühl           | <input type="checkbox"/> Beklemmungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  |

Operationen / sonstiges:

---

Allergien: (wenn ja, auf was sind Sie allergisch und welche Beschwerden haben Sie?)

---

---



**Verdauungsorgane:**

- |   |                                     |                                      |   |                                    |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Übelkeit    | <input type="checkbox"/> Erbrechen        | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühle   | <input type="checkbox"/> Durchfall  | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühle   | <input type="checkbox"/> Polypen    | <input type="checkbox"/> Divertikel  | <input type="checkbox"/> Gallensteine     | <input type="checkbox"/> Hepatitis |

Operationen / sonstiges:

---

**Niere / Blase:**

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> häufige Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Reizblase      | <input type="checkbox"/> Blasensteine | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz          |
| <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen    | <input type="checkbox"/> Blasenschwäche | <input type="checkbox"/> Blasentumore | <input type="checkbox"/> Blasenentleerungsstörung |
| <input type="checkbox"/> nachts                   | <input type="checkbox"/> tagsüber       | <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> trüber Urin              |
|   |   |                                       | <input type="checkbox"/> stark riechender Urin    |

Operationen / sonstiges:

---

**Sexualorgane:**

- |  |                                       |   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Regelbeschwerden    | <input type="checkbox"/> Zysten       | <input type="checkbox"/> Myome                          | <input type="checkbox"/> Endometriose       |
| <input type="checkbox"/> Zyklusschwankungen  | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt                  | <input type="checkbox"/> Prostataentzündung |
| <input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden | <input type="checkbox"/> Tumore       | <input type="checkbox"/> gutartige Prostatavergrößerung |   |

Operationen / sonstiges:

---

**Bewegungsapparat: (Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen)**

- |   |  |                                      |                                      |                                 |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf                   | <input type="checkbox"/> Kreuzbein       | <input type="checkbox"/> Schulter    | <input type="checkbox"/> Hüfte       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule        | <input type="checkbox"/> Steißbein       | <input type="checkbox"/> links       | <input type="checkbox"/> rechts      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule       | <input type="checkbox"/> Rippen          | <input type="checkbox"/> Ellbogen    | <input type="checkbox"/> Knie        |                                 |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule      | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> links       | <input type="checkbox"/> rechts      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                 | <input type="checkbox"/> Schwellungen    | <input type="checkbox"/> Hand        | <input type="checkbox"/> Fuß         |                                 |
| <input type="checkbox"/> Gicht                  | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe    | <input type="checkbox"/> links       | <input type="checkbox"/> rechts      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> steife Gelenke  | <input type="checkbox"/> Zittern     | <input type="checkbox"/> Fersensporn |                                 |
| <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen       | <input type="checkbox"/> Schwellungen    | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> links       | <input type="checkbox"/> rechts |

Operationen / sonstiges:

---

**Haut und Haare:**

- |                                 |                               |                                     |  |  |                                      |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Hautjucken | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Hautveränderungen | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|

sonstiges:

---

**Ergänzendes:** (evtl. noch gesondertes Blatt anhängen)

---