

# ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Datum .....

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Er dient dazu, Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben und unterstützt die Diagnosefindung.

**Diese Datenerhebung ist vertraulich und unterliegt der Schweigepflicht.**

## Persönliche Daten

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

PLZ und Wohnort .....

Telefon Festnetz .....

Handy .....

Email .....

Familienstand     alleinstehend     Ehe-/Lebensgemeinschaft  
                          getrennt lebend     geschieden     verwitwet

Kinder (bitte mit Namen und Geburtsjahr)

.....  
.....

Beruf .....

Hobbys .....

Krankenversicherung     gesetzlich  
    privat  
    Zusatzversicherung (welche) .....  
    Beihilfe

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? .....

Ich möchte per E-Mail über aktuelle Angebote, Aktionen oder Veranstaltungen informiert werden (ca. 1 Mal monatlich)

ja     nein

(nur für interne Zwecke DSGVO  )

**Welche Beschwerden belasten Sie aktuell am meisten?**

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden/Probleme.  
Wie empfinden Sie diese derzeit? (1=sehr gut, 10 sehr schlecht)

1. ....	1 - 10
.....	
2. ....	
.....	
3. ....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

1. ....
2. ....
3. ....

Sind Ihre Beschwerden abhängig von Tageszeiten, Kälte, Wärme, Wetter, Jahreszeit, Bewegung, Ruhe, Lebensmittel? Was verbessert, was verschlimmert?

1. ....
2. ....
3. ....

Gab es beim ersten Auftreten besondere Ereignisse wie Erkrankung, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlung, Operation, Veränderungen im Berufs- oder Privatleben, Sorgen, Trauer?

1. ....
2. ....
3. ....

Was wurde bisher unternommen und welche Untersuchungsverfahren wurden eingesetzt?

1. ....  
.....  
.....
2. ....  
.....  
.....  
.....
3. ....  
.....  
.....

Gibt es Befunde von Laboren oder Ärzten, so bringen Sie diese bitte mit.

Körpergröße ..... Gewicht .....

Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit deutlich verändert?  ja  nein

Wenn ja, wie viel in welchem Zeitraum .....

**Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und auffallende Reaktionen**

Medikamente wenn ja, welche? .....

Laktose  Fructose  Gluten

Gräser/Baupollen (wann?) .....

Andere .....

Gab es Antibiotika-Behandlungen und wann war die letzte? .....

**An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?**

- |  |            |  |            |
|--|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck hoch    | seit wann? | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa          | seit wann? |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig | .....      | <input type="checkbox"/> Hashimoto                 | .....      |
| <input type="checkbox"/> Schwindel         | .....      | <input type="checkbox"/> Morbus Basedow            | .....      |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen     | .....      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | .....      |
| <input type="checkbox"/> Migräne           | .....      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion  | .....      |
| <input type="checkbox"/> Asthma            | .....      | <input type="checkbox"/> Neurodermitis             | .....      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | .....      | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte           | .....      |
| <input type="checkbox"/> Gicht             | .....      | <input type="checkbox"/> Depressionen              | .....      |
| <input type="checkbox"/> Rheuma            | .....      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose         | .....      |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie      | .....      | <input type="checkbox"/> Parkinson                 | .....      |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn      | .....      | <input type="checkbox"/> Epilepsie                 | .....      |
| <input type="checkbox"/> Krebs             | .....      |  |            |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges         | .....      |  |            |

**Medikamente**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und seit wann?  
(bitte auch Beruhigungs- u. Schmerzmittel, Pille, Hormone, Nahrungsergänzungsmittel)

Name des Medikamentes	Dosierung	Einnahme seit
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Harn**

Farbe:  dunkelgelb  hellgelb  weiß  blutig  trüb  schaumig

Müssen Sie nachts zur Toilette  ja um welche Uhrzeit? .....  nein

**Für die Herren**

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?  ja  nein

Leiden Sie an Prostatavergrößerung?  ja  nein

**Schlaf**

Wann gehen Sie zu Bett? ..... Wann stehen Sie auf? .....

Leiden Sie unter Einschlafschwierigkeiten?  ja  nein

Wachen Sie zwischendurch auf? Wenn ja, wann?.....

Wie lange liegen Sie wach? .....

Sonstiges wie Zähne knirschen, Nachtschweiß, Träume .....

Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?  ja  nein

**Bewegung**

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

.....  
.....

**Rauchen** Sie?  ja  nein Wie viele Zigaretten täglich? .....

Seit welchem Lebensalter rauchen Sie? .....

**Für die Damen**

In welchem Alter war die erste Periode? ..... Wann die letzte? .....

Beschwerden vor – während - nach der Regel? .....

.....

Dauer und Stärke der Blutung .....

Zwischenblutung? .....

Wechseljahrsbeschwerden .....

.....

Waren Sie bereits schwanger? Wenn ja, wie oft? .....

..... Kinder ..... Fehlgeburten ..... Abtreibungen .....

Gab es Besonderheiten bei Schwangerschaft oder Geburt?

Kaiserschnitt  Gestose  Diabetes

Sonstiges: .....

## Ernährung und Essgewohnheiten

Regelmäßig essen  ja  nein      ständig essen  ja  nein  
Heißhunger auf süß  ja  nein      Heißhunger auf salzig  ja  nein

Warme Mahlzeiten  ja  nein  
Kochen Sie regelmäßig für sich?  ja wie oft wöchentlich.....  nein  
Wie ist die Zubereitungsart?  gekocht  gebraten  frittiert

Sind Sie Vegetarier?  ja  nein      Sind Sie Veganer?  ja  nein

Welche Lebensmittel essen Sie regelmäßig?

Obst       Gemüse      Zubereitung:  gekocht       als Rohkost

Salat       Milchprodukte       Wurst       Fleisch       Fisch

Hülsenfrüchte       Getreide wie Hirse, Couscous, Bulgur, Amaranth u.ä.

Weißmehlprodukte       Vollkornprodukte       Kuchen       Süßigkeiten

Verwenden Sie Fertig- und Tiefkühlprodukte  ja  nein  ab und zu

## Getränke

Was trinken Sie täglich und wie viel? (bitte genau)

Wasser .....  Bier .....

Säfte .....  Wein .....

Limonaden .....  Sekt .....

Energydrinks .....  Hochprozentiges .....

Kaffee .....  Schwarztee .....

Wie ist Ihr Durst?

normal       vermehrt       vermindert       fehlt ganz

## Verdauung

Appetitlosigkeit       Sodbrennen       Völlegefühl       Blähungen

Verstopfung       Durchfall       Verstopfung + Durchfall im Wechsel

Stuhlgang:  täglich wie oft .....  alle 1-2 Tage       alle 2-3 Tage       seltener

Konsistenz:  geformt       hart       breiig       schafskotartig

Enthält:  Schleim       Blut       unverdaute Nahrungsreste

Farbe:  milkabraun       heller       sehr dunkel       stark riechend

## Impfungen

Welche (Auffrisch-)Impfungen haben Sie erhalten und wann wurde zuletzt geimpft?

COVID 19: Impfstoff	Anzahl	letzte Impfung
<input type="checkbox"/> BioNTech (COMIRNATY)	.....	.....
<input type="checkbox"/> Moderna	.....	.....
<input type="checkbox"/> Johnson & Johnson	.....	.....

Impfung	Letze Impfung	Impfung	Letze Impfung
<input type="checkbox"/> Tetanus	.....	<input type="checkbox"/> Mumps	.....
<input type="checkbox"/> Diphtherie	.....	<input type="checkbox"/> Masern	.....
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	.....	<input type="checkbox"/> Röteln	.....
<input type="checkbox"/> FSME	.....	<input type="checkbox"/> Windpocken	.....
<input type="checkbox"/> Herpes Zoster	.....	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	.....
<input type="checkbox"/> Pneumokokken	.....	<input type="checkbox"/> Polio	.....
<input type="checkbox"/> Gelbfieber	.....	<input type="checkbox"/> Meningokokken C	.....
<input type="checkbox"/> Grippe	.....	<input type="checkbox"/> HPV (Humane Papillomaviren)	.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

.....  
.....

## Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Windpocken     Masern     Mumps     Röteln  
 Keuchhusten     Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)

## Zähne

- Amalgamfüllungen  ja     nein     andere: .....
- Wurzelbehandlung  ja     nein    Implantate  ja     nein

Gab es wichtige bzw. einschneidende Ereignisse in Ihrem Leben wie Umzug, Arbeitswechsel, Umzug, Trennung, Todesfälle?

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

**Bisherige Krankheitsgeschichte** (bitte geben Sie diese möglichst chronologisch an)

Welche Erkrankungen wurden bisher behandelt und wann?

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

Welche Operationen wurden durchgeführt und wann?

.....  
.....

Hatten Sie Unfälle und wann?

.....  
.....

**Lebenssituation**

Wie bewerten Sie Ihre Lebenssituation? (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht)

familiär ..... beruflich ..... finanziell ..... soziale Kontakte .....

**Familienanamnese**

Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter?

.....  
.....

Wie ist/war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater?

.....  
.....

Wie ist/war das Verhältnis zu Ihren Geschwistern?

.....  
.....

**Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (bitte unterstreichen)**

z.B. Allergien — Asthma — Tuberkulose — Herzkrankheiten — Gefäßkrankheiten — Schlaganfall  
Diabetes — Gicht — Rheuma — Krebs — Multiple Sklerose — Schuppenflechte — Neurodermitis  
Migräne — Demenz — Parkinson — psychische Erkrankungen — Depressionen

.....

**Gab es in Ihrer Familie frühe oder plötzliche Todesfälle, (versuchte) Selbsttötungen, sexuelle Traumen oder anderes?**

.....  
.....