**Anamnese - Fragebogen**

|  |
| --- |
| Name, Vorname |
| Geburtstag |
| Adresse |
| E-Mail |
| Telefon privat / beruflich |
| Familienstand / Kinder |
| Beruf / Hobbies |
| Versicherung: Ο Gesetzlich (welche) Ο Beihilfe/Post Ο Privat-Versicherung (welche) |
| Wer hat mich empfohlen? |

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so gut es Ihnen möglich ist aus. Bei den Beispielen genügt es zu markieren, sofern diese zutreffen; ansonsten können Sie die Fragen in eigenen Worten beantworten, evtl. auf der Rückseite, wenn Sie mehr Platz brauchen. Themen, die Sie gerne persönlich besprechen möchten, brauchen Sie nicht zu bearbeiten. Wichtige Arztbriefe, OP-Berichte oder Laborbefunde bringen Sie bitte mit.

Alle Daten werden vertraulich und nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien behandelt. Bei Rückfragen setzen Sie sich gerne per Telefon (0172-3021209) oder Mail ([ziller.lueneburg@freenet.de) mit](mailto:ziller.lueneburg@freenet.de)%20mit) mir in Verbindung. Viele Grüße, Ihre *Brigitta Ziller*

**Körperstatus und Gewohnheiten**

|  |
| --- |
| Körpergewicht / Körpergröße |
| Ernährung (Vegetarisch, Vegan…) Flüssigkeitsaufnahme täglich ca. |
| Alkohol / Rauchen |
| Sport? Welchen, wie häufig, seit wann? |
| Regelmäßige Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel |
| Blutdruckwerte falls bekannt |
| Schlafenszeiten Beginn und Ende |

|  |  |
| --- | --- |
| *Aktuelles*  Welche Beschwerden führen Sie zu mir? Seit wann haben sie diese? Gab es ein auslösendes Ereignis unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? |  |
| *Schmerzen*  Wo, seit wann, wie stark (Skala 1-10), wie lange andauernd, Schmerzcharakter (ziehend, brennend, bohrend, reißend, krampfend, dumpf, stechend, berührungsempfindlich…) plötzlich oder langsam beginnend, auslösendes Ereignis?  Was verbessert, was verschlimmert?  Schmerzmittel: welche helfen, welche nicht, Einnahmehäufigkeit  Andere Symptome zum Schmerz: Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung |  |
| *Familie*  Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)?  Gibt es Sorgen, die Sie in Ihrer Familie / Herkunftsfamilie belasten? |  |
| *Allgemeines*  Bisherige Erkrankungen und Symptome (Krebs, Tumore, Rheuma, Autoimmunerkrankungen, Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust in den letzten Monaten, Abgeschlagenheit, Leistungsknick)  Infektionskrankheiten / Impfungen  Allergien / Unverträglichkeiten  Bisherige Operationen / ambulante Eingriffe  Mangelerscheinungen (Vitamin-, Eisen-, Mineralstoffmangel schon mal gehabt?)  Schlaf (Ein-/Durchschlafstörungen) |  |
| *Kopf*  Kopfschmerzen (Wo genau, wie häufig, Auslöser bekannt, was hilft?)  Augenprobleme (Sehstörungen, Sehfehler, Brille, Kontaktlinsen, Brennen, Trockenheit, Entzündungen des Lidrandes)  Ohrenbeschwerden (häufige Mittelohrentzündungen als Kind, Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwerhörigkeit, Schwindel)  Mund (Entzündungen, Flecken, wunde Stellen, Lippenherpes)  Zähne (Karies, Parodontose, Zahnersatz, Implantate, Amalgam, wiederkehrende Entzündungen, größere Eingriffe)  Kiefer (Zusammenbeißen, Knirschen, kieferorthopädische Korrektur, Spange als Kind/heute)  Nase (OP, häufige Nebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nasenbluten, häufig Schnupfen)  Mandeln (Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute)  Hals (häufige Infekte, Heiserkeit, Kehlkopfschmerzen, Schnarchen)  Schilddrüse (Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten heiß/kalt, Operation, Hashimoto, andere Erkrankungen) |  |
| *Kreislauf & Atmung*  Herz (Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Schwindel, Ohnmachten, nächtliches Wasserlassen)  Blutdruck (zu hoch, anfallsartig erhöht, niedrig)  Durchblutungsstörungen der Arterien, Venenerkrankungen, Krampfadern, Thrombose  Bronchien und Lunge (häufige Bronchitis, Lungenentzündung, Atembeschwerden, Husten, Schleimproduktion, Rasselgeräusche) |  |
| *Verdauung*  Magen (Aufstoßen, saurer Reflux, Völlegefühl, Magenschmerzen, Magenschleimhautentzündung, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten)  Leber / Galle  (Steine, Schmerzen, Koliken, Entzündungen, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit)  Darm (Schmerzen, Blähungen, Völlegefühl  Stuhlgang täglich /unregelmäßig  Neigung zur Verstopfung / Durchfall  Stuhlgang-Besonderheiten  Infektionen, Hämorrhoiden, Juckreiz, Blinddarmoperation, auffällige Stuhlfarbe)  Übergewicht oder Untergewicht (Diäten, Medikamente, Stoffwechselstörungen, Wunschgewicht)  Bekannte Krankheiten (Diabetes, Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen…) |  |
| *Niere und Blase*  (Schmerzen, Probleme beim Wasserlassen, wiederkehrende Entzündungen, zu viel oder zu wenig Urin, auffällige Farbe oder Geruch) |  |
| *Genitalsystem*  Menstruationsbeschwerden (genauer)  Kinderwunsch / Verhütung  Probleme in den Schwangerschaften  Geburten (normal, Kaiserschnitt) / Fehlgeburten  Wechseljahresbeschwerden (Hitzewallungen, Stimmungsschwankung…)  Probleme beim Geschlechtsverkehr  Prostatabeschwerden, Erektionsstörungen |  |
| *Bewegungsapparat*  (Schmerzen, Entzündungen, Schwellungen, Verspannungen, Muskelschwäche, Verletzungen, Brüche, Unfälle, Operationen, Narben, Endo-Prothesen, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Kältegefühl, Unruhegefühl, Verfärbungen, Schwächegefühl)  Schultern, Schlüsselbein und Brustkorb  Rücken (oben, mittig, unten, Bandscheibenvorfälle)  Becken und Hüfte (Ischialgien, Fehlstellungen)  Arme und Hände  Beine und Füße (Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Beinlängendifferenz) |  |
| *Haut & Haare*  (Rötung, Ausschläge, Entzündungen, Furunkel, Akne, Juckreiz, Trockenheit, Neurodermitis, Schuppenflechte, Narben, Schwellungen, unübliches Schwitzen, brüchige Nägel, Fußpilz, Warzen)  Haarausfall (genauer: seit wann, wieviel, welche Areale?) |  |
| *Seele und Gedächtnis*  Haben Sie Sorgen?  (Kummer mit dem Partner, mit den Kindern, mit der Familie, am Arbeitsplatz, Geldsorgen, keine, sonstige, seit wann?)  Was müsste anders sein, damit es Ihnen bezogen auf den Kummer besser geht?  Gibt/gab es Trauer, depressive Verstimmungen, Grübeln, Schlafstörungen, Sprechen im Schlaf, Burnout, eine diagnostizierte psychische Erkrankung, Erfahrung mit Therapien (welche)  Gibt es Einschränkungen in der Leistungs- oder Merkfähigkeit? (Erinnerung, Lernvermögen, gefühlte geistige Leistungsfähigkeit, Konzentrationsvermögen, Erschöpfung nach geringer Belastung) |  |
| *Zusammenfassung*  Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?  Welche Wünsche, Ziele und Erwartungen haben Sie an die Behandlung? |  |