

# ANAMNESEBOGEN

## Spezifische Anamnese

### ◆ Allgemein

Name:

Alter:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

Kinder:

Beruf:

Hobbys / Sportart:

Medikamente:

Rauchen / Alkoholkonsum:

### ◆ Seit wann haben sie welche Beschwerden ?

#### 1. Haben Sie Schmerzen ?

- Wo ? \_\_\_\_\_

- Welche Art von Schmerz ? ( stechend, brennend, klopfend, drückend, ziehend, dumpf, scharf, hell )  
\_\_\_\_\_

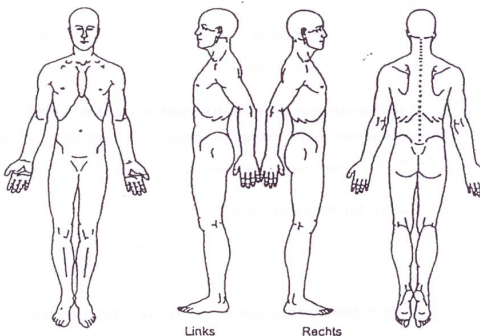
- Wann ? ( morgens, abends, nachts, bei bestimmter Bewegung, in Ruhe )  
\_\_\_\_\_

- Was verbessert den Schmerz ? ( Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte usw. )  
\_\_\_\_\_

- Was verschlechtert den Schmerz ?  
\_\_\_\_\_

#### 2. Haben Sie weitere / andere Probleme ?

- Welche ? Beschreiben Sie kurz !  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Bitte zeichnen sie Ihre Beschwerden ein !

✦ **Familienanamnese**

- Kommen in Ihrer Familie folgende Krankheiten vor ?  
( Rheuma, andere Erkrankungen des rheumatischen Formenkreis, Krebs, vaskuläre Probleme, Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinsuffizienz o.a. )
- 

**System Anamnese**

✦ **Parietal**

- Krankheiten ? ( z.B. Mb. Bechterew, Mb. Scheuermann, Mb. Schlatter, Rheuma, Gicht o.a. )
  
- Frakturen ( Knochenbrüche ), Bänderrisse, Knorpelschäden, Bandscheibenschäden, OP´s in einem der folgenden Bereiche ? Wenn ja was in welchem Bereich ?

- HWS
- 

- BWS
- 

- LWS
- 

- obere Extremität ( Schulter, Ellbogen, Hand )
- 

- Untere Extremität ( Hüfte, Knie, Fuss )
- 

✦ **Cardiovaskuläres System**

Ja                      Nein

Diabetes

Arteriosklerose

Varizen ( Krampfadern)

Bluthochdruck

niedriger Blutdruck

Herzkrankheiten

Schweregefühl Arme, Beine

Kältegefühl Arme, Beine

Schwellung Arme, Beine

✦ **Atmungssystem**

Ja                      Nein

Lungenentzündung  
( auch früher )

Ohrenentzündungen

Nasennebenhöhlenentzündungen

Halsentzündungen

✦ **Gastrointerstinales System**

Ja                      Nein

Zahnprobleme

Verdauungsprobleme

- Sodbrennen
- Magenschmerzen
- Blähungen
- Schweregefühl im Bauch
- Verstopfung
- Durchfall
- Hämorrhoiden

Ja                      Nein

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Leberprobleme

- Fettleber
- Hepatitis
- andere

Krankheiten

- Magengeschwüre
- Magenschleimhautentzündung
- Gallensteine
- Mb. Crohn
- Colitis ulzerosa

✦ **Urogenital System**

Ja                      Nein

Blasenentzündungen

Nierenentzündungen

Nierensteine

Uterusprobleme

- Myome
- Endometriose
- OP's

Prostataprobleme

Menstruationsbeschwerden

- unregelmäßig
- kurz
- lang
- Schmerz

Beschwerden beim GV

- Schmerz
- Erektionsstörungen

✦ **Nervensystem**

- Leiden Sie an Krankheiten des Nervensystems ?  
z.B. Mb. Parkinson, Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Nervenläsionen o.a.
- 

- Leiden Sie an psychischen Erkrankungen ? z.B. Depressionen, Angstzuständen o.a.
- 

✦ **Hormonelles System**

Ja                      Nein

Schilddrüsendysfunktion

Nebenniereninsuffizienz

✦ **Immunsystem**

Ja                      Nein

oft krank

Herpes

Pfeiffersches Drüsenfieber

✦ **Vegetatives System**

- Schlafverhalten ? \_\_\_\_\_
- Stuhlgewohnheiten ? \_\_\_\_\_
- Miktion ( Urin lassen ) ? \_\_\_\_\_
- Gewichtsschwankungen ? \_\_\_\_\_
- Schwitzen ( kalter Schweiß, normaler Schweiß ) ? \_\_\_\_\_
- Kopfschmerzen / Migräne ? \_\_\_\_\_

**Sonstige Anmerkungen**

---

---

---

---

---

