



Anamnesebogen

Personalien

Name: Vorname:
Geb.dat.: Tel:
Straße: PLZ/ Ort:
Größe: cm Gewicht: kg

Bitte beschreiben Sie die aktuellen gesundheitlichen Beschwerden, die Sie zu uns in die Gemeinschaftspraxis führen:

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

Soziale Situation (Berufsausbildung, Familienstand, Kinder u.a.)

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

Berufliche Situation

Ausgeübter Beruf:
Berufliche Tätigkeit: vorwiegend sitzend viel Bewegung schwere körperliche Arbeit
Stress: wenig mäßig viel
Emotionale Belastung: wenig mäßig viel
Arbeitszeiten? Stunden/Woche Schichtdienst? Ja Nein

Schadstoffbelastung

Sind Sie am Arbeitsplatz / zu Hause hohen Schadstoffbelastungen ausgesetzt?
Ja Nein
Welche?
Haben Sie Zahnfüllungen aus Amalgam? Ja (Anzahl) Nein

Treiben Sie Sport?

täglich wöchentlich gelegentlich nie
Sportarten?
.....
.....

Konsumieren Sie regelmäßig:

Kaffee/ schwarzen Tee? Nein 1-3 Tassen tgl. mehr als 4 Tassen
Alkohol? Nein Menge:..... Art:.....
Nikotin? Nein Ex-Raucher/in Menge:.....

Appetit:

gut mäßig schlecht

Leiden Sie an **Nahrungsmittelunverträglichkeiten**?

Wenn ja, welche?.....
Haben Sie ein bestimmtes Verlangen oder eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?
Wenn ja, gegen welche?.....



Essen Sie :

Normale bürgerliche Kost Vegetarische Kost Vollwertkost
Sonstige Kost:.....

Wie oft essen Sie:	täglich	mehrmals pro Woche	nie
Obst oder Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Kantinen/ Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch/ Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen/ Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade/ Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch, Käse, Sahne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stuhl:

unauffällig regelmäßig Verstopfung Durchfall
Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel ein?
Wenn ja, um welche handelt es sich:
.....

Wasserlassen:

beschwerdefrei häufig nachts mal schmerzhaft

Menstruation:

Regelmäßiger Zyklus unregelmäßiger Zyklus
Wie ist die Blutung? schwach stark dunkel hell
In welchem Alter hatten Sie die erste Periode?
.....
Haben Sie Beschwerden vor oder während der Periode?
.....
Wann war Ihre letzte Periode?
.....
Mit welchem Alter begannen bei Ihnen die Wechseljahre?
.....
Mit welcher Methode verhüten Sie?
.....

Geburten:

Wie viele Geburten (einschließlich Fehlgeburten) hatten Sie?
.....
Wann waren die Geburten?
.....
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?
.....

Schwitzen:

Dauernd viel normal wenig
nur bei Anstrengung in Ruhe nachts

Schlaf:

Normal Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
Nehmen Sie regelmäßig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Ja Nein
Wenn ja, welche, wie viel, seit wann?
.....



Medikamente (auch regelmäßige Eigenmedikation)

Welche und in welcher Dosierung?

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

Pille oder sonstige Hormonpräparate /-pflaster ? Name.....

Nehmen Sie Mikronährstoffe zu sich (Vitamine, Mineralstoffe o.a.)? Welche?

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

Welche Impfungen haben Sie durchführen lassen?

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

Nebenwirkungen/ Komplikationen?.....

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

.....
.....

Mit Komplikationen? Nach dem 14. Lebensjahr?

.....

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

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

Frühere Unfälle, Operationen, schwere Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalte?

Jahr	Art des Eingriffes/der Erkrankung	Komplikationen
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Leiden Sie unter Erbkrankheiten? Welche?

.....

Welche **Erkrankungen** kamen in Ihrer **Familie** vor?

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

Wann und bei welcher Gelegenheit hatten Sie das letzte Mal **Fieber** und **wie hoch?**

.....
.....

Sonstige Anmerkungen oder Informationen?

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