



Am Sportplatz 3, 83365 Nußdorf
08669 – 90 91 237

Foto bitte

Anamnesebogen zur Erstuntersuchung von

Vor- und Zuname

Wohnort

Geburtstag

Strasse

Telefon

Derzeitige Beschwerden

Bitte machen Sie hier Angaben über Ihre jüngsten Beschwerden – mit Beginn
und genauer Beschreibung

Hauptbeschwerde: _____

Weitere Beschwerden: _____

Weitere Beschwerden: _____

Weitere Beschwerden: _____

Weitere Beschwerden: _____

Sonstiges: _____

Leiden Sie in letzter Zeit häufiger an folgenden Beschwerden

Allgemeines

Appetitmangel _____ Übelkeit _____ Erbrechen _____ Durchfall _____ Verstopfung _____
Gewichtsabnahme _____ Gewichtszunahme _____ übermäßiger Durst _____
nächtliches Wasserlassen _____ vermehrtes Wasserlassen _____ vermindertes Wasserlassen _____
Abnahme der Manneskraft _____ Schwäche _____ Schwindel _____ Gleichgewichtsstörungen _____
Ohnmacht _____ Bewusstlosigkeit _____ Angst _____ Erregbarkeit _____ Unruhe _____
Kopfschmerzen _____ geschwollene Füße _____ geschwollene Beine _____
geschwollenes Gesicht _____ Herzklopfen _____ Krämpfe _____ Lähmungen _____
Schweißausbrüche _____ Fieber _____ Schüttelfrost _____ Einschlafstörungen _____
Durchschlafstörungen _____ verstärkte Müdigkeit _____

Kopf

Schmerzen _____ Druck _____ Schwindel _____ Hämmern _____ Leere _____ Benommenheit _____

Augen

Abnahme des Sehvermögens _____ Flimmern _____ Doppelbilder _____ schwarze Punkte _____
Rötung _____ Brennen _____ Schmerzen _____ Lichtempfindlichkeit _____ Druckgefühl _____
Nahbrille _____ Fernbrille _____ Absonderung _____ Schleier vor den Augen _____

Ohren

abnehmendes Hörvermögen _____ Ohrensausen _____ Hämmern _____ Zufallen _____
Absonderung _____ Schmerzen _____ Ausschlag _____ Schwellung _____

Nase

Behinderung der Nasenatmung _____ Absonderung _____ Nasenbluten _____
Störung des Geruchs _____

Mund

Zungenbrennen _____ kein Geschmack _____ übler Geruch _____ Trockenheit _____
Speichelfluß _____ belegte Zunge _____

Rachen

Halsschmerzen _____ Absonderung _____ Schluckbeschwerden _____
Heiserkeit _____ Entzündung _____

Herz / Kreislauf

Herzklopfen _____ Herzklopfen _____ Druckgefühl _____
Schmerzen oder Stechen in / über der linken Brust _____
Schmerzen in den linken Arm oder Rücken ausstrahlend _____
Gefühl des nicht durchatmen könnens _____ Engegefühl _____
Herzschmerzen nach Anstrengung _____ plötzliches Herzrasen _____
unregelmäßiger Herzschlag _____ Angst _____ Kopfleere _____ Schwindel _____
Ohnmacht _____

Atmung

kurzatmig in Ruhe _____ kurzatmig nach Anstrengung _____
Atemnot in der Nacht im Liegen _____ Husten _____ weißer Auswurf _____
gelber Auswurf _____ roter Auswurf _____ Rasseln beim Atmen _____

Verdauungsorgane

Schluckbeschwerden _____ Aufstoßen _____ Sodbrennen _____ Völlegefühl _____
Blähungen _____ Druck im Bauch _____ Bauchschmerzen _____ Übelkeit _____
Erbrechen _____ Durchfall _____ Unverträglichkeit von Fett _____
Unverträglichkeit von Kaffee _____ Unverträglichkeit von Süßigkeiten _____
Unverträglichkeit von Gebratenem _____ Krämpfe _____ Hämorrhoiden _____

Harn- und Geschlechtsorgane

Schmerzen beim Wasserlassen _____ vermehrter Drang zum Wasserlassen _____
Nächtliches Wasserlassen _____ Rückenschmerzen in der Nierengegend _____
Tröpfeln _____ Strahl vermindert _____ Urin nicht halten können _____
Urin verfärbt _____ Urin stinkend _____ Urin trüb _____ Scheidenjucken _____
Abnahme der Manneskraft _____

Muskulatur / Knochen

Gelenkschmerzen _____ Gelenkschwellungen _____ Gliederschmerzen _____
Schmerzen beim Gehen _____ nächtliche Gelenkschmerzen _____
Eingeschränkte Beweglichkeit _____ Wadenschmerzen beim Gehen _____
nächtliche Wadenschmerzen _____ Spannungsgefühl in den Beinen _____
Rückenschmerzen _____ Gliedermüdigkeit _____

Sonstige Beschwerden

Benennen Sie bitte frühere Erkrankungen incl. Unfälle etc., jeweils mit Datum und Besonderheiten

Kinderkrankheiten _____

Angina _____
Nierenerkrankungen _____
Herzkrankungen _____
Bluthochdruck _____
Gelbsucht _____
Leber- Galleerkrankungen _____
Zucker _____
Magen- Darmerkrankungen _____

Lungenerkrankungen _____
Tuberkulose _____
Rheuma / Arthritis _____
Bandscheibenleiden _____

Ischias _____
Thrombose / Embolie _____
grauer / grüner Star _____
Sonstige _____

Operationen

Mandeln _____
Blinddarm _____

Bruch _____
Unterleib _____

Gallenblase _____
Unfälle _____
Sonstige _____

Impfungen

wann was

Medikamente

was

Dosierung

Gewohnheiten

Rauchen	?	Zigaretten tgl. seit	Jahren
Alkohol	?	Glas Bier tgl. seit	Jahren
	?	Glas Wein tgl. seit	Jahren
	?	Hochprozentiges seit	Jahren
Tee / Kaffee	?	Tassen pro Tag	

Erhielten Sie in früheren Jahren nachfolgende Medikamente?

Penicillin oder Antibiotika _____

Hormone _____

Pille _____

Spritzenkuren _____

sind Sie kurz- oder weitsichtig _____

haben Sie eine Hornhautverkrümmung _____

wieviel Zahnfüllungen haben Sie _____

in welchem Alter wurden Ihre Zähne schadhaft _____

wieviel eigene Zähne haben Sie noch _____

was waren Ihre Erkrankungen bis zum 20. Lebensjahr _____

haben Sie tgl. Stuhlgang _____

mit Abführmittel _____ welches _____

Form, Farbe und Geruch des Stuhls _____

wie oft müssen Sie tagsüber Wasser lassen _____

wie oft müssen Sie nachts Wasser lassen _____

wie groß ist die Urinmenge _____

schwitzen Sie leicht _____

schwankt Ihr Gewicht _____

haben Sie Blähungen _____

gehen die Blähungen leicht ab _____

müssen Sie Luft oder Saures aufstoßen _____

frieren Sie leicht _____

erkälten Sie sich leicht _____

haben Sie oft kalte Hände und Füße _____

bekommen Sie leicht Fieber _____

können Sie gut Treppensteigen oder Bergsteigen _____

sind Sie kurzatmig _____

haben Sie öfter Herzklopfen _____

fühlen Sie sich oft schwach _____

schwellen Ihre Beine leicht an _____

wie ist Ihr Appetit _____

essen Sie gern Bitteres ___ Salziges ___ Saures ___ Süßes _____

essen Sie viel Fleisch _____

was essen Sie besonders gern _____
was vertragen Sie gar nicht _____
wieviel und was trinken Sie täglich _____

wie ist Ihr Schlaf _____
war das immer so _____
welcher Art sind Ihre Träume _____

haben Sie Freude an der Arbeit _____
wie ist Ihre Konzentrationsfähigkeit _____
welchen Beruf haben Sie gelernt _____

welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus _____
machen Sie gern Wanderungen oder Spaziergänge _____
welche Sportarten betreiben Sie _____

womit betätigen Sie sich künstlerisch _____
hören Sie gern Musik _____
was ist Ihr großes Freizeitinteresse _____

fühlen Sie sich morgens oder abends wohler _____
zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am besten _____
wo erholen Sie sich am besten _____

ertragen Sie Luftveränderungen gut _____
wo wurden Sie geboren _____
das wievielte Kind sind Sie _____

wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt _____
gleichen Sie der Mutter _____
gleichen Sie dem Vater _____

welchen Beruf übt(e) die Mutter aus _____
welchen Beruf übt(e) der Vater aus _____
waren Sie eine Frühgeburt _____

sind Sie verheiratet _____
seit wann _____
sind Sie geschieden _____

seit wann _____
sind Sie verwitwet _____
seit wann _____

leben Sie in einer harmonischen Beziehung _____
leben Sie allein _____
wo sind Sie aufgewachsen _____

waren Sie ein kräftiges oder schwaches Kind _____
wurden Sie mit Muttermilch ernährt _____
lernten Sie zur erwarteten Zeit sprechen und laufen _____

hatten Sie als Kind Wachstumsprobleme _____
waren Sie ein guter Schüler _____
wie ist Ihr Gedächtnis _____

wie lange dauerte Ihre Schulzeit _____
warfen Sie ein erwünschtes Kind _____
war Ihre Kindheit schön _____

war Ihre Jugend schön _____
war das Elternhaus harmonisch _____
sind Sie gern in die Schule gegangen _____

hatten Sie Ihre Lehrer gern oder gab es Schwierigkeiten _____

gab es schockartige Erlebnisse _____

gab es Zeiten langanhaltenden Kammers _____

neigen Sie zu Depressionen _____
nehmen Sie die Dinge des Lebens schwer _____

fühlen Sie sich im Beruf glücklich _____
sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebenssituation _____

Erkrankungen in der Verwandtschaft

Erkrankung

wer

Zucker _____

Bluthochdruck _____

Schlaganfall _____

Herzinfarkt _____

Fettsucht _____

Gallensteine _____

Nierensteine _____

Krebs _____

Tuberkulose _____

Allergien _____

Nerven- und Gemütskrankheiten _____

Sonstiges _____

Vater _____ lebt _____ tot _____ Todesursache _____ Alter _____

Mutter _____ lebt _____ tot _____ Todesursache _____ Alter _____

Geschwister _____ Anzahl _____ lebend _____ tot _____

Todesursachen _____

Sonstiges _____

Gynäkologische Fragen

mit wieviel Jahren hatten Sie die erste Blutung _____
wie lange dauert(e) ein Zyklus _____
wie lang dauert(e) eine Blutung _____

wann war die letzte Blutung _____
in welchem Alter kamen Sie in die Wechseljahre _____
sind / waren die Blutungen schmerzhaft _____

sind / waren die Blutungen stark _____
sind / waren die Blutungen unregelmäßig _____
gab es Extrablutungen _____

Sonstiges _____

Geburten

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind
Geburtsjahr	_____	_____	_____	_____	_____
Geburtsgewicht	_____	_____	_____	_____	_____

gab es Fehlgeburten _____

wie verliefen die Schwangerschaften und Geburten _____

verlieren / verloren Sie viel Blut während der Periode _____

haben / hatten Sie im Zusammenhang mit der Periode anderweitige Beschwerden _____

fühlen / fühlten Sie sich vor oder nach der Periode schlecht _____

wie lange haben Sie Ihre Kinder gestillt _____

Sonstiges _____

_____, den _____

Unterschrift