

# Anamnese – Bogen

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Mail .....

Geburtstag.....

Größe (aktuell).....

Gewicht (aktuell).....

Blutgruppe (falls bekannt)

Beruf:..... Zusatzversicherung.....

Hobbys:.....

Familienstand:.....

Kinder (Alter und Geschlecht).....

## Unter welchen Beschwerden leiden Sie zurzeit?

z.B. seit wann, wie äußern sich die Beschwerden.....

## Was hat die jetzigen Beschwerden möglicherweise ausgelöst?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Stress, Schreck, Operation, Hautausschläge usw.....

## Wurden Sie bereits behandelt?

Wie und womit?.....

## Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

| Erkrankungen            | Mutter | Vater | Geschwister | Familienangehörige |
|-------------------------|--------|-------|-------------|--------------------|
| Bluthochdruck           |        |       |             |                    |
| Niedriger Blutdruck     |        |       |             |                    |
| Herzerkrankungen        |        |       |             |                    |
| Gefäßerkrankungen       |        |       |             |                    |
| Schlaganfall            |        |       |             |                    |
| Rheuma                  |        |       |             |                    |
| Gicht                   |        |       |             |                    |
| Diabetes Typ            |        |       |             |                    |
| Asthma                  |        |       |             |                    |
| Multiple Sklerose       |        |       |             |                    |
| Blase- Nierensteine     |        |       |             |                    |
| Schuppenflechte         |        |       |             |                    |
| Krebserkrankungen       |        |       |             |                    |
| Suchterkrankungen       |        |       |             |                    |
| Tuberkulose             |        |       |             |                    |
| Geschlechtskrankheiten  |        |       |             |                    |
| Psychische Erkrankungen |        |       |             |                    |
| Epilepsie               |        |       |             |                    |
| Suizid                  |        |       |             |                    |

Bitte notieren Sie, wer im Einzelnen von den Erkrankungen betroffen war oder ist.

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

|            |                       |            |                        |
|------------|-----------------------|------------|------------------------|
| Cholera    | Hepatitis A           | Meningitis | Haemophilus influenzae |
| Diphtherie | Hepatitis B           | Mumps      | Malariaprophylaxe      |
| FSME       | Kinderlähmung (Polio) | Röteln     | Tuberkulose            |
| Gelbfieber | Masern                | Tetanus    | Typhus                 |
| Pocken     | Keuchhusten           |            |                        |
| Sonstige   |                       |            |                        |

Bitte kreuzen Sie entsprechende Impfungen an oder fügen Sie andere hinzu.

**Gab es Reaktionen auf eine der Impfungen?**

z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe usw.....

**KOPFBEREICH**

**Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?**

Häufig, selten, Stirn-Schläfen-Hinterhauptregion, halbseitig-doppelseitig-wechselnd, morgens, am Tag, abends.....

**Augen:** Bindehautentzündung, kurzsichtig-weitsichtig, sonstige Beschwerden.....

**Ohren:** Geräuschempfindlichkeit, häufige Mittelohrentzündungen, Schwerhörigkeit, Schmerzen bei Wind, Kälte, Tinnitus.....

**Zähne / Kiefer**

|                                      | ja | nein |
|--------------------------------------|----|------|
| Empfindliche Zähne                   |    |      |
| Karies                               |    |      |
| Wurzelbehandlungen/ tote Zähne       |    |      |
| Zahnfüllungen mit Gold               |    |      |
| Zahnfüllungen mit Amalgam            |    |      |
| Zahnfüllungen mit Kunststoff         |    |      |
| Zähne gezogen                        |    |      |
| Entfernungen von Amalgam             |    |      |
| Ausleitung einer Amalgamintoxikation |    |      |

Bitte entsprechende Spalte ankreuzen!

**Haare:** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, Allergien auf:.....  
 \*erschwerte Nasenatmung, verstopfte Nase, Absonderungen (wässrig, schleimig, grünlich).....  
 \*häufige Nasennebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten, Polypen.....

**Mandeln:** häufig Mandelentzündungen als Kind/heute Operation.....

**Schilddrüse:** Über/Unterfunktionen, Vergrößerungen, Operation.....

**BRUST-BAUCH-RÜCKEN**

**Herz:** Rhythmusstörungen, Herzrasen, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung.....

**Lunge:** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf, Asthma.....

**Leber:** Entzündung - Hepatitis, Gelbsucht.....

**Galle:** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit.....

**Magen:** Schmerzen, Völlegefühl, Gastritis – Magenschleimhautentzündung, Appetitlosigkeit, Geschwüre, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen.....

**Darm:** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen – Geruch

**Stuhlgang:** täglich, unregelmäßig Neigung zur Verstopfung/Durchfall.....

**Nieren:** Steine.....

**Blase:** Entzündungen

**Harn:** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach.....

**EXTREMITÄTEN-RÜCKEN-HAUT**

**Arme:** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.....

**Beine:** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operation, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

**Rücken:** Schmerzen, Hexenschuss, Ischias, Skoliose usw.....

## Haut / Nägel

Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung, Allergische Reaktionen auf.....

## GESCHLECHTSORGANE

Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund-machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, usw.....

### Menses

Wann war die erste Menses .....wann die letzte.....Zyklus.....

Blutungen: hell, dunkel, klumpig, braun, stark, schwach.....

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche.....

Zwischenblutungen.....

klimakterische Beschwerden.....

**Prostata:** vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen.....

**Sexualität:** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr.....

## ALLGEMEINES

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein**(evtl. auf gesondertem Blatt)?.....

### Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen.....

### Schlaflage

Bauch, Rücken, links, rechts, kniend, zusammengerollt.....

**Träume:** Wiederkehrende Träume, Alpträume, schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich.....

**Ernährung:** Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (Diäten, Vegan usw.)?.....

Essen Sie regelmäßig zum Frühstück, Mittag und Abend und zwischendurch?.....

An wie vielen Tagen der Woche essen Sie Fleisch?.....

Bereiten Sie Ihr Essen selbst zu? Wenn nein, woher Kantine/Fertigprodukte.....

Wie groß ist Ihre tägliche Trinkmenge an Mineralwasser und/oder Kräutertees?.....

Geben Sie bitte an, was Sie gerne mögen oder nicht mögen. Bitte auch Unverträglichkeiten oder/und allergische Reaktionen

| Nahrungsmittel             | Verlangen |              | Abneigung |         | Allergie |
|----------------------------|-----------|--------------|-----------|---------|----------|
|                            | stark     | mittel stark | schwach   | neutral |          |
| Bitteres                   |           |              |           |         |          |
| Salziges                   |           |              |           |         |          |
| Süßes                      |           |              |           |         |          |
| Saures                     |           |              |           |         |          |
| Scharfes                   |           |              |           |         |          |
| Warme Speisen / Getränke   |           |              |           |         |          |
| Kalte Speisen / Getränke   |           |              |           |         |          |
| Milch                      |           |              |           |         |          |
| Fett / Butter / Öl / Sahne |           |              |           |         |          |
| Fleisch                    |           |              |           |         |          |
| Fisch                      |           |              |           |         |          |
| Gebratenes                 |           |              |           |         |          |
| Getreide                   |           |              |           |         |          |
| Schokolade                 |           |              |           |         |          |

|               |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|
| Eier          |  |  |  |  |  |
| Obst          |  |  |  |  |  |
| Gemüse        |  |  |  |  |  |
| Kaffee        |  |  |  |  |  |
| Schwarzer Tee |  |  |  |  |  |
| Alkohol       |  |  |  |  |  |
| Sonstiges     |  |  |  |  |  |

**SONSTIGES**

ja

nein

|  |
|--|
| Schwitzen Sie leicht?  |
| Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?                   |
| Sind Sie wetterempfindlich?                                  |
| Treiben Sie regelmäßig Sport?                                |
| Hat sich Ihr Gewicht innerhalb der letzten Wochen verändert? |
| Haben Sie zugenommen / abgenommen?.....                      |
| Rauchen Sie regelmäßig? wie viele Zigaretten pro Tag?        |
| Gibt es belastende Ängste – Schuldgefühle - Konflikte        |
| Sind Sie geräuschempfindlich?                                |
| Sind Sie schreckhaft?  |

Bitte ankreuzen

**Veranlagung, Temperament, charakterliche Eigenschaften**

|  | immer | oft | manchmal |
|--|-------|-----|----------|
| begeisterungsfähig   |       |     |          |
| skeptisch oder misstrauisch  |       |     |          |
| schnell gereizt oder zum Zorn geneigt  |       |     |          |
| auffallend hastig  |       |     |          |
| sehr ungeduldig  |       |     |          |
| zu Wutausbrüchen neigend   |       |     |          |
| schnell schimpfend oder fluchend   |       |     |          |
| leicht aufbrausend   |       |     |          |
| reddefreudig   |       |     |          |
| auf jeden Fall energisch   |       |     |          |
| sehr anspruchslos  |       |     |          |
| Reden Sie frei von der Leber weg, werden Sie meist „deutlich“, halten Sie nichts vom Herumreden um die Sache   |       |     |          |
| Sind Sie ein Mensch, der am liebsten immer alles entschuldigt und „versteht“, oder ist Ihnen vieles mehr oder weniger „ganz egal“- ohne viel Bedeutung und Interesse |       |     |          |
| Sind Sie ein Freund von (großen) Gesten, großen Worten   |       |     |          |
| leicht gehässig, schadenfroh, boshaft  |       |     |          |
| immer ruhelos und eilig  |       |     |          |
| grüblerisch  |       |     |          |
| viel kritisierend oder nörgelnd  |       |     |          |
| schnell veränderliche Stimmung, unberechenbar  |       |     |          |
| himmelhochjauzend- zu Tode betrübt   |       |     |          |
| feurig, leidenschaftlich   |       |     |          |
| launisch   |       |     |          |
| alles von der negativen Seite sehend   |       |     |          |
| schnell verzagt, die Flinte ins Korn werfend   |       |     |          |
| sehr ehrgeizig   |       |     |          |
| leicht empfindlich gegen Widerspruch   |       |     |          |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| schnell jammernd und lamentierend                              |  |  |  |
| nur schwer aus der Ruhe zu bringen                             |  |  |  |
| schadenfroh  |  |  |  |
| mildes, nachgiebiges Wesen                                     |  |  |  |
| oder vielmehr streng   |  |  |  |
| sind Sie leicht „um den Finger zu wickeln“                     |  |  |  |
| überfreundlich   |  |  |  |
| sehr mitfühlend, mitleidig                                     |  |  |  |
| Neigung zu neidischem Verhalten                                |  |  |  |
| menschenscheu  |  |  |  |
| sentimental  |  |  |  |
| sehr religiös  |  |  |  |
| herzlich, zärtlich, liebevoll                                  |  |  |  |
| schnell von Heimweh geplagt                                    |  |  |  |
| sehr wählerisch  |  |  |  |
| wortkarg, Maul faul  |  |  |  |
| redegewandt, ausdrucksreich, usw.                              |  |  |  |
| lange nachtragend  |  |  |  |
| immer zaudernd, unentschlossen                                 |  |  |  |
| unbegründeter Mangel an Selbstvertrauen                        |  |  |  |
| ohne Ausdauer  |  |  |  |
| oder das Gegenteil: hartnäckig, zäh, stur und ausdauernd       |  |  |  |
| rasch von Entschluss, impulsiv                                 |  |  |  |
| geben Sie sich gerne lässig, locker                            |  |  |  |
| können Sie leicht beleidigend oder zynisch werden              |  |  |  |
| neugieriges Verhalten  |  |  |  |
| sind Sie ein „Spätzünder“                                      |  |  |  |
| halten Sie sich für körperlich und geistig besonders beweglich |  |  |  |
| kontaktfreudig   |  |  |  |
| ein „Führungstyp“  |  |  |  |
| oder gehorchen Sie viel lieber als dass Sie befehlen           |  |  |  |
| schnell von Gewissensbissen geplagt(Skrupel)                   |  |  |  |
| viel Pläne machend, Luftschlösser bauend                       |  |  |  |
| oder sind Sie ziemlich phantasielos                            |  |  |  |
| zu Späßen und Scherzen aufgelegt                               |  |  |  |
| oder eher humorlos   |  |  |  |
| eine „stille Natur“  |  |  |  |
| ein Praktiker, Pragmatiker oder mehr ein Theoretiker           |  |  |  |
| unzufrieden  |  |  |  |
| in Stubenhocker  |  |  |  |
| eigensinnig- widerspenstig                                     |  |  |  |
| von Natur aus ein Optimist oder Pessimist                      |  |  |  |
| stark beeindruckbar  |  |  |  |
| bequem, träge, phlegmatisch, faul                              |  |  |  |
| sparsam  |  |  |  |
| geizig   |  |  |  |
| perfektionistisch  |  |  |  |
| übergewissenhaft, bis zur Pedanterie, Kleinigkeitskrämerei     |  |  |  |
| oder eher zur Unordentlichkeit, zur Schlamperei                |  |  |  |
| schnell erschreckt, schreckhaft, entrüstet                     |  |  |  |
| Abneigung gegen Gesellschaft                                   |  |  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| oder ein besonderes Verlangen nach Gesellschaft  |  |  |  |
| leicht von Reue geplagt oder Selbstvorwürfen   |  |  |  |
| gehen Sie lieber Problemen aus dem Weg   |  |  |  |
| haben Sie schon einmal Selbstmordgedanken gehabt   |  |  |  |
| hängen Sie lange unangenehmen Vorkommnissen oder Gedanken nach   |  |  |  |
| sind Sie ein „Eigenbrödler“  |  |  |  |
| werden Sie leicht eifersüchtig   |  |  |  |
| haben oder hatten Sie viel Kummer und Sorgen (geschäftlich, beruflich, familiär usw)   |  |  |  |
| Wie reagieren Sie auf Unannehmlichkeiten:  |  |  |  |
| -einigermaßen vernünftig   |  |  |  |
| -mit Wut   |  |  |  |
| -Niedergeschlagenheit  |  |  |  |
| -Weinen  |  |  |  |
| -stillem Kummer  |  |  |  |
| -fressen Sie alles in sich hinein  |  |  |  |
| sind Sie nahe am „Wasser“ gebaut   |  |  |  |
| reagieren Sie auf Vorwürfe und Tadel sehr empfindlich  |  |  |  |
| bei welcher Gelegenheit weinen Sie (bei Vorwürfen, Geringschätzung, Demütigung, aus Kummer, bei Widerspruch, grundlos, unwillkürlich usw.) |  |  |  |
| gehen Sie schwer aus sich heraus   |  |  |  |
| wie ist die Konzentrationsfähigkeit  |  |  |  |
| neigen Sie dazu sich zu versprechen, zu verschreiben   |  |  |  |
| lieben Sie das unstete, unruhige, abenteuerliche oder das ruhige, stete und geordnete Leben  |  |  |  |
| reisen Sie gern und viel   |  |  |  |
| sind Sie musikalisch, poetisch   |  |  |  |
| ein eher unmusischer Mensch  |  |  |  |
| vertragen Sie menschenvolle Räume  |  |  |  |
| haben Sie „Erwartungsangst“  |  |  |  |
| Neigung zu quälenden Gedanken  |  |  |  |
| sind Sie von Natur aus ein ängstlicher Mensch  |  |  |  |
| neigen Sie zu auffallenden eigenartigen Ängsten: z.B.  |  |  |  |
| - beim Erwachen, nachts, morgens   |  |  |  |
| - vor dem Alleinsein   |  |  |  |
| - Angst ins Bett zu gehen  |  |  |  |
| - im Dunkeln, oder vor Dunkelheit  |  |  |  |
| - auffällige Angst vor Fremden   |  |  |  |
| - vor Unheil   |  |  |  |
| - vor Gewitter   |  |  |  |
| - vor Misserfolg   |  |  |  |
| - Angst alles falsch zu machen   |  |  |  |
| - übertriebene Angst vor Tieren (welche)   |  |  |  |
| - übertriebene Angst um andere   |  |  |  |
| - in einer Menschenansammlung  |  |  |  |
| - vor Dieben, und Einbrechern  |  |  |  |
| - vor der Zukunft  |  |  |  |
| - um die eigene Gesundheit   |  |  |  |
| - vor drohender Krankheit  |  |  |  |
| - vor Wasser, wasserscheu  |  |  |  |
| - Angst verrückt zu werden   |  |  |  |
| - Angst während Hitzewallungen   |  |  |  |
| - vor Berührung  |  |  |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| - überspitzte Angst, dass Angehörige nicht mehr zurück kommen, weil ihnen etwas zustoßen könnte |  |  |  |
| - vor Stecknadeln oder spitzen Gegenständen   |  |  |  |
| - übertriebene Angst vor Unfällen oder überfahren zu werden                                     |  |  |  |

## KINDHEIT

Was ist Ihnen aus Ihrer Kindheit bekannt?.....

\*als **Säugling**: viel schreien/schwächlich oder übergewichtig/sonstiges.....

\*als **Kleinkind/Kind**: Laufen lernen/sprechen lernen/Zahnung.....

Hatten Sie häufig: Infektionen/Mittelohrentzündungen, Mandelentzündungen, usw.....

Waren Sie als Kind zaghaft, schüchtern, brav, launisch, widerspenstig, zornig?.....

oder auffallend ruhig oder unruhig.....

Hatten Sie Lern-Rechen-oder Leseschwäche.....

Gab es besondere Lebensumstände in der Kindheit oder Jugend.....

Wie war oder ist die Beziehung zu Ihren Eltern?

**Nehmen Sie sich Zeit. Es ist wichtig, dass Sie alles so genau wie möglich ausfüllen und beantworten.**

**Der Fragebogen unterliegt der Schweigepflicht.**

**Er ersetzt kein Anamnese- Gespräch. Das wichtigste bleibt das persönliche Gespräch.**

**Verwenden Sie für die Beantwortung der Fragen ggfs. ein zusätzliches Blatt Papier.**