

Patientenaufnahme Erstanamnese:

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung vorhanden? _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Familienstand: _____ Kinder: (wie viel, Alter?) _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Augenfarbe: _____

Welche aktuellen Beschwerden haben Sie?

Seit wann ?

Andere Beschwerden/Erkrankungen? (chronisch oder akut)

Seit wann ?

Wichtige Körperfunktionen:

Appetit ?	Durstgefühl ?	Stuhlgang ? (hart, weich): wie oft?
Geruch? (übelriechend?):	Farbe? (hell, dunkel):	Blähungen?
Wasserlassen? (nächtlich, wie oft ?)	Übelkeit/Erbrechen ?	Schwitzen ?
Fieber / Frieren ?	Leistungsknick/Belastbarkeit ?	

Schlafstörungen ? (Ein- Durchschlafstörungen, Schwitzen, Träumen, keine Träume, Schnarchen, Zähneknirschen, Nachtschweiß, Sprechen im Schlaf, unruhige Beine...?)

Wie lange schlafen Sie in der Regel?

Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen?

Häufiges Erwachen in der Nacht, um wie viel Uhr ?

Ernährung:

Trinkgewohnheiten/Trinkmenge: Wieviel Liter am Tag ?

Was trinken Sie?

Fleisch/Wurst ? wie oft in der Woche ?

Essen Sie Fisch?

Essen Sie regelmäßig Obst/Gemüse? Wenn ja, wie oft am Tag (wieviel Portionen) ?

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

Milchprodukte?	Eier?	Süßigkeiten?	Nüsse?	Soja?
Weißmehlprodukte?	Fastfood?	Zucker?	Kuchen/Torten?	Süßstoffe?

Haben Sie ein Verlangen nach: süß, bitter, salzig, Fett, scharf, pikant, sauer...?
Zutreffendes bitte unterstreichen oder noch ergänzen.

Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel?

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Sind Nahrungsmittelallergien bekannt?

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? (Laktose-Intoleranz, Gluten-, Fruktose-Sorbit - Unverträglichkeit)

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (Vegetarisch, Vegan, Trennkost,...)

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern?

Alkohol ? Wenn ja, was ?	Nikotin ? Wenn ja, wieviel am Tag ? Haben Sie <u>früher</u> geraucht?
------------------------------------	---

Bisherige Therapie Ihrer Erkrankungen ? (Wo ?, Wann ?, Was ?, Erfolg ?)

Nehmen Sie aktuell irgendwelche Medikamente ein? ja nein

(bei Frauen: Pille, Hormontherapie ?) ja nein Nahrungsergänzungsmittel ? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

(Marcumar, ASS, Plavix, Iscover...), ja nein

Wenn ja, welche Medikamente und seit wann ?

Haben Sie sonstige Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, welche? (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, bestimmte Nahrungsmittel, Kosmetika, Modeschmuck...)

Sind oder waren Sie in einer psychologischen/neurologischen Behandlung (Psychotherapie)? ja nein

Wenn ja, warum?

Gibt es aktuell einen Konflikt?

Wie ist das Verhältnis zu Ihren Eltern, Partner, Kinder?

Bisherige Operationen/Unfälle :

Jahr:	Operation:
Jahr:	Operation:
Jahr:	Operation:
Jahr:	Operation:
Jahr:	Operation:
Jahr:	Operation:

Narben ? ja nein Wo ?

Seit wann ?

Herzschrittmacher ? ja nein

Wurden bei Ihnen künstliche Gelenke eingesetzt? ja, wenn ja, wann, wo ?
 nein

Blutgruppe ? (soweit bekannt):

Bei Frauen: Gyn. Anamnese: Geburten: Anzahl ? Kaiserschnitt ? Fehlgeburten ?

Haben Sie Ausfluss?

Periode: (regelmäßig, schmerzhaft, Zwischenblutungen.....?)

Gehen Sie zur Blutspende? Nie Gelegentlich Regelmässig

Schmerzanamnese:

Schmerzen aktuell: wie stark? Schmerzskala 1-10 (1 = leichter Schmerz, 10 =unerträglicher Schmerz)

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wo sind Ihre Schmerzen?

Wie sind Ihre Schmerzen bisher behandelt worden?

Wann treten die Schmerzen auf? (immer, mehrfach am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, bei Belastung, in Ruhe, eher morgens, eher abends, nachts.....)

Wie ist das Schmerzempfinden? (ziehend, stechend, brennend, klopfend, dumpf, reißend, Kolik artig, krampfend, drückend.....)

Welche Ereignisse verschlimmern Ihre Schmerzen? (körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Laufen, Stress, Kälte, Wärme, Tageszeit, Husten, Niesen, Wetterlage, Nahrungsmittel, Menses.....)

Welche Ereignisse verbessern Ihre Schmerzen? (Ruhe, Bewegung, Sport, Wärme, Kälte, Urlaub, Schlaf, Schmerzmittel...)

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz? (Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Seh- bzw. Hörstörungen, Schwitzen, Gangunsicherheit, Blässe, Hautrötung...)

Sozialanamnese:

Welchen Beruf/Arbeit üben Sie aus/haben Sie ausgeübt?

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden?

Auslandsaufenthalte ? Urlaube ? wo ? wann ?

Hobbies /Interessen?

Treiben Sie Sport? (Welche Sportarten, wie oft?)

Familienanamnese: (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, psychische Erkrankungen, Schmerzen, Allergien...)

Vater:

Mutter:

Geschwister:

Kinderkrankheiten :

Impfungen: (Welche haben Sie erhalten?)

Gab es Reaktionen auf Impfungen? wenn ja, welche?

Wurden Sie gestillt?

War Ihre Geburt eine natürliche?

Zahnmaterialien: (Amalgam? Zustand nach Entfernung ? Wann ?), Zustand der Zähne ? Parodontitis, Wurzelbehandlung, tote Zähne ?

Welches Behandlungsziel haben Sie?

Was ist Ihr Wunsch an mich?

Haben Sie bestimmte Fragen an mich oder Bemerkungen?