

Anamnese- Fragebogen Erwachsene

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Familienstand / Kinder _____

Straße: _____ PLZ-Ort _____

Tel. privat: _____ .Tel. Beruf _____

Handy: _____

Arzt/Name/Tel.Nr. _____

Beruf

Wer hat uns empfohlen?

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (CT, Röntgen, MRT,...) zum ersten Termin mit!

Anleitung

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit und füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Sofern etwas zutrifft, bitte unterstreichen; ansonsten mit eigenen Worten beschreiben.

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht.....Meine Körpergröße.....

Meine Blutgruppe

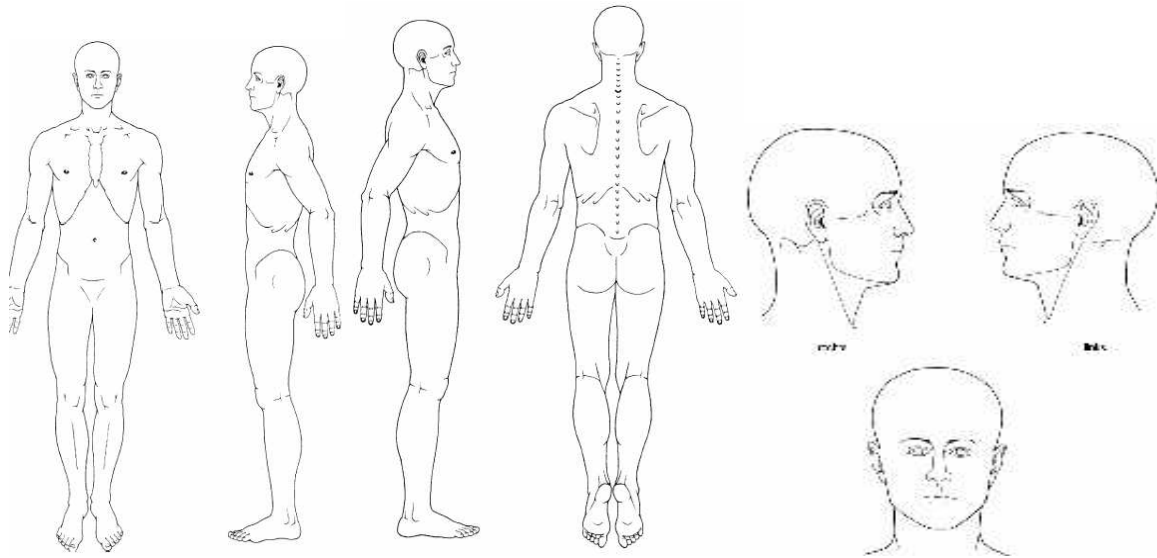
Rauchen Sie? ja, nein.

Was sind Ihre Ziele und Erwartungen?

Zu Ihren aktuellen Beschwerden:

1. Wo haben Sie Beschwerden?

Markieren Sie genau den Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung.



2. Schätzen Sie Bitte die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10.

Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwach mittel sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

3. Seit wann haben Sie Beschwerden? Seit Sie denken können, seit einpaar Jahren, Monaten, Tagen.
4. Ist der Schmerz gleichbleibend oder wechselhaft?
5. Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen, nichts, andere...
6. Haben sich die Schmerzen seitdem verändert? Wenn ja, inwiefern?

7. Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, seltener, wöchentlich.
8. Wann haben Sie die Schmerzen? In Ruhe, bei Belastung, bei Siezten, bei Liegen, bei Aufstehen, nach dem Essen, am Tag, nachts?
9. Gibt es was, was verschlimmert die Beschwerden? Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte,...?
10. Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, bohrend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend?
11. Haben Sie andere Symptome zum Schmerz- Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Taubheitsgefühl, Ameisenlaufen, Kribbeln, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung?
12. Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

Fragen zu Ihrer Geburt und Kindersalter:

War Ihre Geburt schwer oder hat lange gedauert, gab es Komplikationen?

Hatten Sie Unfälle, Stürze, Kopfverletzungen, Sportunfälle, Brüche?- Auch in Kindesalter?

Haben Sie in Jugendalter Sport getrieben? Was genau?

Sind Sie umgeknickt? Einmal? Öfters? Fuß li, re?

Was, wie und wann wurde bei Ihnen operiert?

1. Gab es Komplikationen, nachfolgende Beschwerden? Bitte die großen Narben anzeichnen.
2. Welche Narkoseform hatten Sie? Vollnarkose, Teilnarkose, Rückennarkose?

Andere Erkrankungen

1. Blutdruckprobleme, Diabetes, Gicht, Gefäßerkrankung, Allergie oder Unverträglichkeiten, wenn ja, wogegen?
2. Gaben sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?
Gehirn, Nervensystem, Herz, Lunge, Magen-Darm-Trakt, Schilddrüse, Bauchspeicherdrüse, Leber, Galle, Nieren, Blase, Prostata, Gebärmutter.

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen, Stuhlgang- Durchfall, Verstopfung, Nervöse Magen, Blähungen?

Leiden Sie unter Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Gereiztheit, Leistungsabfall, Angstgefühlen, Stimmungsschwankungen, Überforderung, Unruhe, dauerhaften Stress- Familie, Arbeit, Umgebung? Lachen Sie oft?

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus?

- Allesesser, Fastfood, besonderes Diät? Trinken Sie genügend? Wie oft trinken sie Alkohol?

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

Nehmen Sie Medikamente oder andere Substanzen?

Fragen an Frauen

1. Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden- Schmerzen, Blutungsdauer, Unregelmäßigkeit?
2. Nehmen Sie Hormone?
3. Bei Kindern, wie war die Entbindung? Gab Es Komplikationen während der Schwangerschaft, oder nach Geburt?
4. Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

Chronologie der Krankengeschichte

Bitte erfassen Sie alle Bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.