

Anamnesebogen

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, Anzahl:

Tel. (privat): **Handy:**

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Nichtraucher: **Raucher:**

Informationen zur Geburt:

- Spontangeburt
 - Kaiserschnitt
 - Zangen – oder Saugglockengeburt
- Dauer der Geburt:

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle

Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?

- Fuß rechts Fuß links

Neigen Sie zu Stürzen?

- Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck Gicht
 Diabetes Gefäßerkrankungen
 Allergien – wenn ja, welche?
-

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
-

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- Durchfall Verstopfung
 nervöser Magen Blähungen

Leiden Sie unter

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |

Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
 Ja, wenn ja – welche?
-

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
 Ja, wenn ja – in welchem Abstand?

Nehmen Sie Hormone/Pille?

- Nein
 Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- nein
 ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben
-

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

- nein
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden?

- nein
 ja, bitte kurz beschreiben
-

Allgemeine Fragen zum Lebensstil:

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood
 besondere Diät, welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein
 ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft
-

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon mal operiert? Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

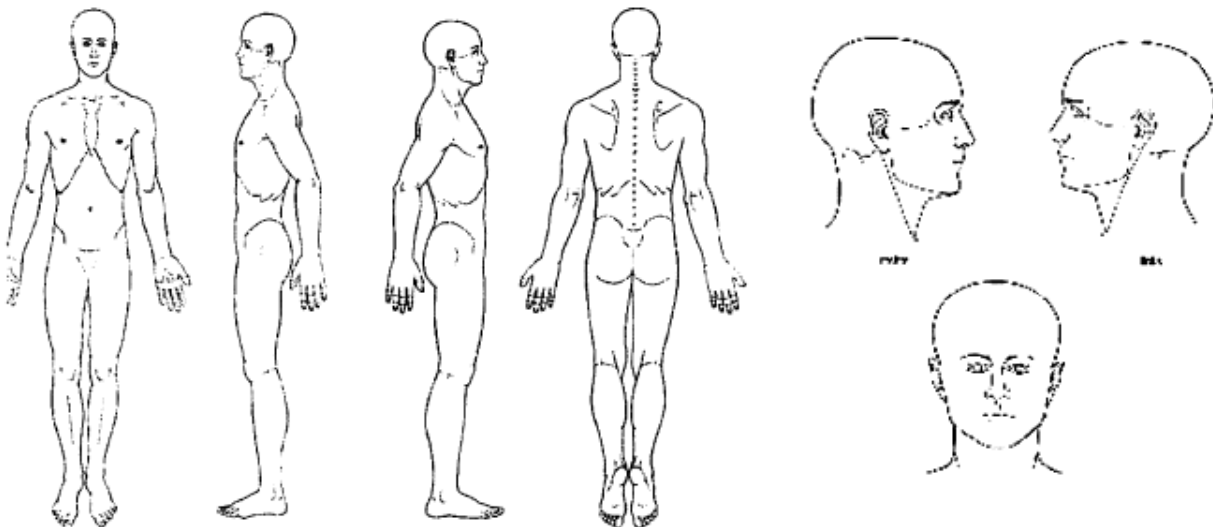
Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? Bitte kurz beschreiben

Ihre aktuellen Beschwerden:

Wo befinden sich die Schmerzen? Bitte markieren Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung!



Beschreiben Sie Ihren Schmerz in einer Skala von 1 (sehr schwach) bis 10 (sehr stark):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Schwach sehr stark
(kaum spürbar) (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Gab es vor dem ersten Auftreten der Beschwerden ein Ereignis (Impfung, Krankheit, seelische Belastung, Unfall, Medikamente etc.)? Bitte kurz beschreiben

Kam es zu einer Veränderung der Schmerzen?

- nein
 - ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer
- mehrmals am Tag
- wöchentlich
- seltener

Wann treten die Schmerzen auf?

- tagsüber
- nachts
- im Liegen
- im Ruhezustand
- bei Belastung
- beim Aufstehen
- nach dem Essen

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)
Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- Schwellungen
 - Taubheitsgefühl
 - Kribbeln
 - Hautrötungen
 - Blässe
 - Seh – oder Hörstörungen
 - Sonstiges – bitte kurz beschreiben
 - Schweißbildung
 - Schwindel
 - Berührungsempfindlichkeit
 - Muskelschwäche
 - Bewegungseinschränkungen
 - Koordinationsstörungen
-

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? - Bitte kurz beschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!