



Anamnesebogen:

1. Welche akute Beschwerden haben Sie zur Zeit?

- Welche **Beschwerden** haben Sie **momentan bzw.** warum kommen Sie zu uns?

- **Wo** sind die Beschwerden?

- **Wie** sind die Beschwerden? Strahlen sie aus?

- **Wann und wie** hat es begonnen? Gab es einen spezifischen **Auslöser**?

2. Chronische Krankheiten und frühere Erkrankungen

- Leiden Sie seit längerem unter **chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes...)?**

- Haben Sie **Allergien**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Haben Sie **Unfälle** (z.B. Autounfall) gehabt? Ja Nein

Wenn ja, wann?

- Haben Sie **Operationen** gehabt? Ja Nein

Wenn ja, welche? Wann?

- Haben Sie **schwere Kinderkrankheiten** durchgemacht? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Haben sie **psychiatrische Vorerkrankungen** (Depression, Phobie...)? Ja Nein

Wenn ja, welche?



3. Medikamente?

- Nehmen Sie **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- **Seit wann** nehmen Sie diese Medikamente?

- **Wozu** nehmen Sie diese Medikamente?

- Nehmen Sie **Abführmittel? Schlafmittel? Nahrungsergänzungsmittel? Homöopathische Mittel?**

4. Schaffen wir einen Systemüberblick?

- **Schwitzen** Sie nachts viel? Ja Nein

- Haben Sie (ohne Absicht) stark **abgenommen**? Ja Nein

- Haben Sie zurzeit oder sonst öfters **Fieber**? Ja Nein

- Treten bei Ihnen schnell **blaue Flecken** auf? Ja Nein

- **Heilen** bei Ihnen **Wunden schlecht** aus? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Schmerzen, Druck oder Stechen in der Herzgegend**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Herzjagen oder Herzstolpern**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Husten**? Ja Nein

Wenn ja, wie lange schon?

- Ist beim Husten ein **Auswurf** dabei? Ja Nein

Wenn ja, wie ist der Auswurf (Farbe? Konsistenz)?

- Ist **Blut im Auswurf**? Ja Nein



- Haben Sie **Halsschmerzen**, bzw. **Schmerzen beim Schlucken**? Ja Nein

- Haben Sie **Probleme mit der Schilddrüse**? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Leiden Sie unter **Atemnot**? Ja Nein

Wenn ja, wie lange schon?

- Wie **ernähren** Sie sich meistens? Gemüse – Fleisch - Süßigkeiten?

- Leiden Sie unter **Appetitlosigkeit**? Haben Sie eine plötzliche **Abneigung gegen bestimmte Speisen**?

- Leiden Sie unter **Bauchschmerzen**? Ja Nein

Wenn ja, wo im Bauch (rechts, links, oberhalb-unterhalb Nabel...)?

- Leiden Sie unter **Übelkeit oder Erbrechen**? Ja Nein

Wenn ja, wann?

- Leiden Sie unter **Sodbrennen**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Blähungen**?

- Können sie **täglich Stuhlgang** machen? Ja Nein

Wenn nein, wie lange haben Sie das schon?

- Leiden Sie unter **Durchfall**? Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

- Leiden Sie unter **Verstopfung**? Ja Nein

Wenn ja, wie oft?

- Haben Sie **Blut im Stuhl** bemerkt? Ja Nein

- Haben Sie **Schmerzen oder ein Brennen beim Wasserlassen**? Ja Nein

- Bemerkten Sie **Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe**? Ja Nein



- Haben Sie **Blut im Urin** festgestellt? Ja Nein
- Haben Sie **Schwierigkeiten den Urin willentlich zurückzuhalten**? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- Bemerkten Sie **eine Abschwächung des Harnstrahls oder ein Nachtröpfeln**? Ja Nein
- Müssen Sie **nachts regelmäßig aufstehen um Wasser zu lassen**? Ja Nein
- Liegen oder lagen **Nierensteine** bei Ihnen vor? Ja Nein

5. Gynäkologische Anamnese der Frau:

- Sind sie **schwanger**? Ja Nein
- Wie lange ist die **Zyklusdauer**?
- Wie ist die **Blutungsstärke** (schwach – normal – stark)?
- Treten **Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung** auf? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**? Ja Nein
- Wie **verhüten** sie? (*Pille? Spirale? 3-Monats-Spritze? Stäbchen?*)

6. Spezifische Anamnese des Mannes:

- Leiden Sie unter **erektilen Störungen oder Impotenz**? Ja Nein
- Leiden Sie unter einer **Hodenschwellung**? Ja Nein
- Leiden Sie unter **Schmerzen im Hodenbereich**? Ja Nein
- Haben Sie **Schmerzen** während oder nach dem **Geschlechtsverkehr**? Ja Nein
- Wie **verhüten** Sie?

7. Wie fühlen Sie sich im Leben?

- Wie ist Ihr **körperliches Allgemeinbefinden** (gut – normal – schlecht)?
- Wie ist Ihr **geistig-seelisches Allgemeinbefinden** (gut – normal – schlecht)?



- Sind Sie **öfters krank**? Ja Nein

- Sind Sie **leistungsfähig**? Ja Nein

- Was sind Ihre **Hobbys**?

- Gehen Sie **sportliche Betätigungen** nach? Welche – wie oft?

- Haben Sie große **Sorgen**? Ja Nein

- Haben Sie **Ängste oder Phobien**? Ja Nein

- Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? Ja Nein

- **Knirschen** Sie mit den Zähnen? Ja Nein

- **Rauchen** Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel täglich?

- Trinken Sie **täglich Alkohol**? Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

- Gehen Sie einer **schweren körperlichen Arbeit** nach? Ja Nein

- Haben Sie eine **einseitige Belastung bei der Arbeit**? Ja Nein

- Leben Sie in einer **Partnerschaft**? Ja Nein

- Haben Sie **Kinder**? Ja Nein

Wenn ja, wie viele? Wie alt?

- Gibt es **chronische Erkrankungen bei den Eltern und nahen Verwandten**? (z.B. Krebs, Diabetes mellitus,

Herz- Kreislauf, Lunge)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

8. Haben Sie besondere Fragen oder Bemerkungen?