

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

GEB: _____ Geschlecht: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Kinder: _____ Verheiratet: _____ Hobbys: _____

Berufliche Tätigkeit: _____ Std/Tag: _____

Bekannte Erkrankungen: _____

Medikamente: _____ Hausarzt: _____

Unfälle: _____ OP: _____

Vorrangegangene Untersuchungen: _____

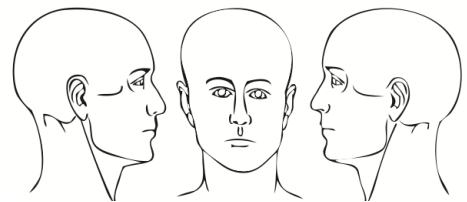
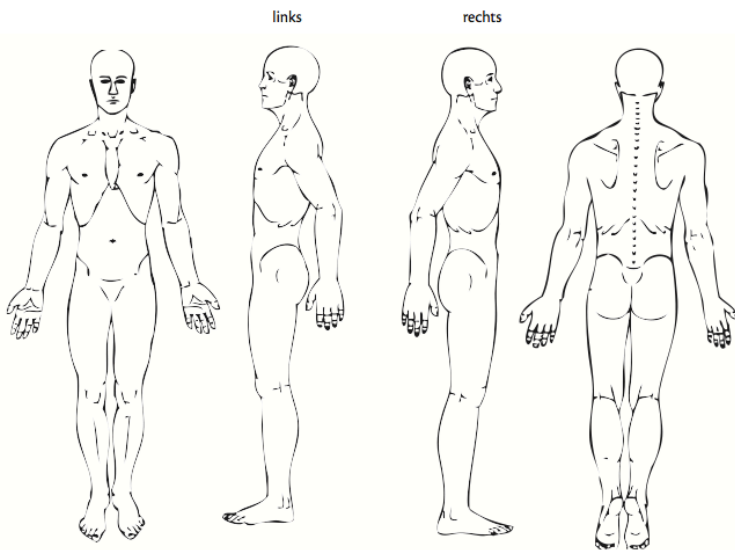
Grund der Vorstellung: _____

Patientenziel: _____

Fühlen sie sich in ihrem Körper wohl?

Schlafstörungen	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Schwindel	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	gestörte Verdauung	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Kopfschmerz	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Gehetztes Gefühl	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Angstgefühle	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Müdigkeit	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Haben sie derzeit Schmerzen J N Kennzeichnen des Schmerzgebiets im Bild



Anmerkungen:

Wodurch werden die Beschwerden gelindert oder verschlimmert?

Stress	wenig											viel
beruflicher Stress, Sorgen, Konflikte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
privater/familiärer Stress, finanzielle Sorgen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
starke Nervosität und Unruhe / Angst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Traurigkeit und Kummer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gereiztheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Deprimierte Stimmung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Stimmungsschwankungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Grübeln und Sorge vor der Zukunft	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ängstlichkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Unentschlossenheit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gefühl neben sich zu stehen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Schlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Konzentrationsstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gewichtsverlust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Allgemeine Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
allergische Reaktion	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hautausschläge oder Hautjucken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Infektionsanfälligkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Asthma oder chronische Bronchitis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Kurzatmigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Herz-Kreislauf-Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Magenbeschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Übergewicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Bewegungsmangel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Weicher Stuhlgang oder Durchfälle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Verstopfung / Blähungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Menstruationsstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nieren-/ Blasenbeschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Stoffwechselerkrankungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hormonelle Erkrankungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	