

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER PERSON

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Kinder (Alter)

Straße, Hausnummer/Türnummer

PLZ, Ort

Tel. Nr.

E-Mail

Name Hausärztin/Hausarzt

Anschrift Hausärztin/Hausarzt

WEITERE ALLGEMEINE ANGABEN / ALLGEMEINE LEBENSWEISE

Beruf

Hobbies

Liter

Wie viel trinken Sie am Tag?

Rauchen Sie? JA NEIN

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus? ALLESESSER VEGETARIER BESONDERE DIÄT
 FASTFOOD VEGANER _____

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? TÄGLICH 2-3 MAL DIE WOCHE EIN MAL WÖCHENTLICH
 EIN MAL IM MONAT NIE

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden? JA NEIN

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

WEITERE ALLGEMEINE ANGABEN

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?

FRAGEN AN FRAUEN

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen
oder unregelmäßigen Blutungen?

JA

NEIN

Nehmen Sie Hormone oder die Pille?

JA

NEIN

Wenn Sie leibliche Kinder haben ...

... wie war die Geburt?

SPONTAN-
GEBURT

PDA

ZANGEN-
GEBURT

STEISS-
LAGE

... gab es Komplikationen
während der Schwangerschaft,
oder nach der Geburt?

JA

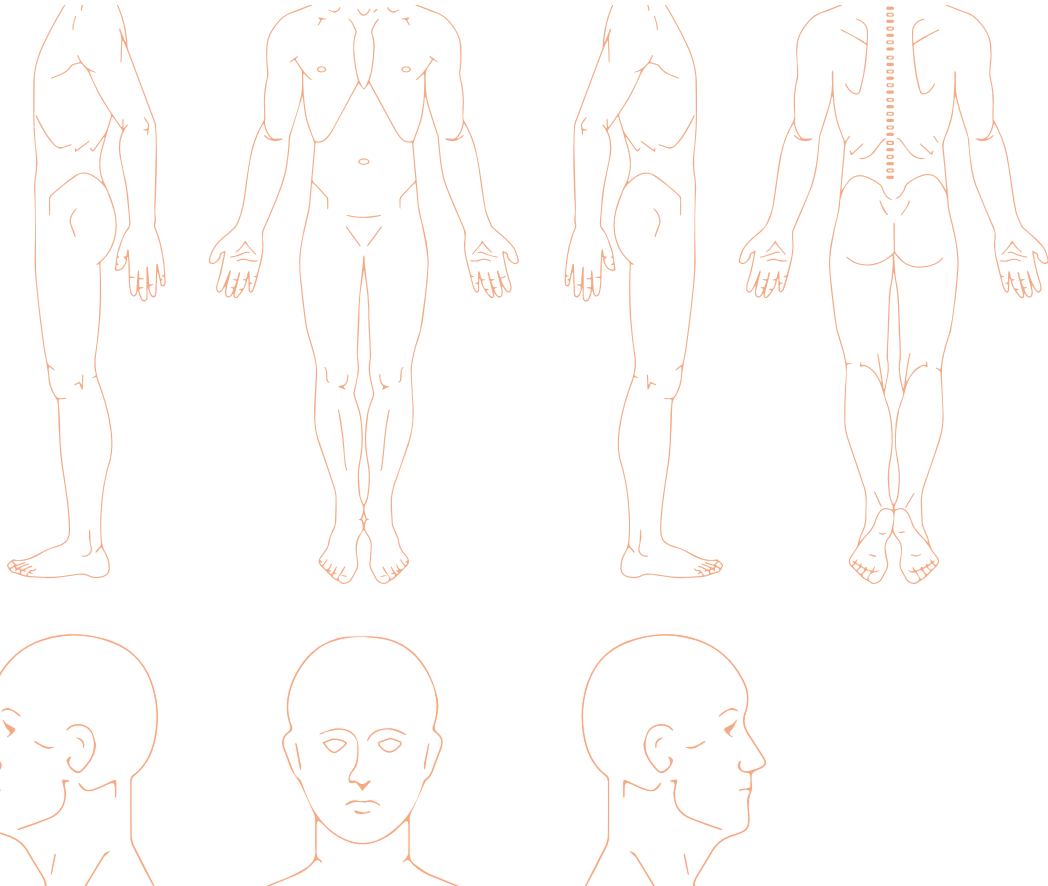
NEIN

Wenn JA, welche?

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

WO HABEN SIE AKTUELL BESCHWERDEN?

Markieren Sie den genauen Schmerzort



images: www.synchronchirocare.com

SCHÄTZEN SIE DIE SCHMERZEMPFINDUNG

Fläche der Schmerzausstrahlung - schätzen Sie die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

schwach

Kaum spürbarer Schmerz

mittel

sehr stark

stärkster vorstellbarer Schmerz

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

(z.B.: Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.)

Haben sich die Schmerzen seitdem verändert?

JA

Wenn JA, inwiefern?

NEIN

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

IMMER

MEHRMALS AM TAG

SELTEN

WÖCHENTLICH

Wann haben Sie die Schmerzen?

AM TAG

NACHTS

IN RUHE

BEI BELASTUNG

IM LIEGEN

BEIM AUFSTEHEN

NACH DEM ESSEN

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

BEWEGUNG

RUHE

WÄRME

KÄLTE

Wie ist das Schmerzempfinden?

ZIEHEND

BOHREND

BRENNEND

STECHEND

KLOPFEND

DRÜCKEND

KRABBELND

REISSEND

KOLIKARTIG

KRAMPFEND

DUMPF

BEENGEND

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

HAUTRÖTUNG

BLÄSSE

SCHWELLUNG

BERÜHRUNGS-
EMPFINDLICHKEIT

TAUBHEITSGEFÜHL

KRIBBELN

SCHWEISS-
BILDUNG

SEH- ODER
HÖRSTÖRUNGEN

GANG-
UNSICHERHEIT

KOORDINATIONS-
STÖRUNGEN

MUSKELSCHWÄCHE

MÜDIGKEIT

SCHWINDEL

BEWEGUNGS-
EINSCHRÄNKUNG

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN

Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?

WEITERE ALLGEMEINE FRAGEN

Informationen zu Ihrer Geburt

SPONTANGEBURT

KOMPLIKATIONEN WÄHREND DER GEBURT - WENN JA, WELCHE?

SCHNELLE GEBURT

LANGWIERIGE GEBURT

Verletzungshistorie
(bitte auch Verletzungen aus der Kindheit berücksichtigen)

UNFÄLLE

BRÜCHE

STÜRZE

KOPF-
VERLETZUNGEN

SPORTUNFÄLLE

Knicken Sie um - sind Sie umgeknickt?

FUSS LINKS

FUSS RECHTS

Sind Sie häufiger gestürzt?

JA

NEIN

ERKRANKUNGEN

Leiden Sie unter ...

BLUTDRUCK-
PROBLEME

UNVERTRÄGLICH-
KEITEN

ALLERGIEN

GEFÄSS-
ERKRANKUNGEN

bitte geben Sie bei Allergien & Unverträglichkeiten die Ursachen an ...

GICHT

DIABETES

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

ERKRANKUNGEN

Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

GEHIRN

NERVENSYSTEM

HERZ

LUNGE

MAGEN-DARM-TRAKT

SCHILDDRÜSE

LEBER

BAUCHSPEICHEL-
DRÜSE

GALLE

NIEREN

BLASE

GEBÄRMUTTER

Haben Sie Probleme beim ...

STUHLGANG

URINIEREN

Haben Sie häufig ...

DURCHFALL

VERSTOPFUNG

BLÄHUNGEN

EINEN NERVÖSEN
MAGEN

Leiden Sie unter ...

SCHLAF-
STÖRUNGEN

STIMMUNGS-
SCHWANKUNGEN

UNRUHE

KONZENTRATIONS-
SCHWÄCHE

ANGSTGEFÜHLEN

FAMILIEN-
PROBLEMEN

GEREIZTHEIT

ÜBERFORDERUNG

ARBEITS-
PROBLEMEN

LEISTUNGSABFALL

DAUERHAFTEM
STRESS

ANDEREN
PROBLEMEN

Lachen Sie oft?

JA

NEIN

KRANKENGESCHICHTE

Hatten Sie schon einmal eine Operation?

JA

NEIN

Wenn JA, wann, was und wie wurde operiert?

Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?

Welche Narkose haben Sie erhalten?

VOLLNARKOSE

RÜCKENNARKOSE

TEILNARKOSE

