

## Anamnesebogen Erwachsene

**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**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall      | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> 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

---



**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!**