

Anamnese-Fragebogen

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Beruf _____ Hobby _____

Haben Sie Kinder? ja nein _____ Wenn ja wieviele: _____

Haben Sie Schmerzen? ja nein _____

Wenn ja welche: _____

Momentane Beschwerden? _____

Zu welcher Tageszeit haben Sie Schmerzen? morgens mittags abends nachts _____

Schmerzen in Bewegung? ja nein _____ oder Ruheschmerz? ja nein _____

Schmerzen sind positionsabhängig? ja nein _____ Haben Sie einen Dauerschmerz? ja nein _____

Welche Art von Schmerz? brennend stechend quälend ziehend bohrend _____

Wird es durch Medikamente besser? ja nein _____ wenn ja welche: _____

Wird es durch Bewegung oder Ruhe besser? durch Ruhe durch Bewegung weder noch _____

Operationen – bitte alle auflisten:

Leiden Sie unter Allergien?

Unfälle, Sportverletzungen (bitte auch die aus der Kindheit):

Erhöhter Blutdruck? ja nein

Diabetes? ja nein Insulinabhängig oder Insulinunabhängig

Schilddrüsenunter- oder -überfunktion? ja nein

Probleme mit den Augen? ja nein

Verdauungsbeschwerden? ja nein Magenbeschwerden, Sodbrennen ja nein

Hatten Sie schon mal Tinnitus, Schwindel oder einen Gehörsturz gehabt? ja nein

Wiederkehrende Blasenentzündungen ja nein

Prostatabeschwerden bzw. Menstruationsbeschwerden? ja nein

Probleme mit den Nieren? ja nein

Kopfschmerzen? ja nein Migräne? ja nein

Probleme mit Kiefergelenk? ja nein Probleme mit den Zähnen? ja nein

Datum

Unterschrift
