

Anamnese – Fragebogen



Praxis für Naturheilkunde
Manuela Möller
Heilpraktikerin, Osteopathin,
Physiotherapeutin
moeller_manuela@t-online.de
www.manuela-moeller.de

Detmolder Straße 32 Tel. 05731 / 79 888-0 od. 1
32549 Bad Oeynhausen Fax 05731 / 79 888-2

Name: _____	Geburtstag: _____
Vorname: _____	Tel. privat: _____
Straße: _____	Tel. geschäftl. _____
PLZ-Ort _____	Fax _____
Beruf _____	E-Mail _____
Wer hat uns empfohlen? _____	Familienstand / Kinder _____
Hausarzt: _____	Facharzt: _____
Versicherung: <input type="checkbox"/> Privat-Versicherung (+Tarif) : _____	
<input type="checkbox"/> Gesetzlich (AOK, DAK usw.): _____	
<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung : _____	

Bitte geben Sie den genauen Tarif an, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden.

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

.....

.....

.....

.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

.....

.....

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rhema, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Gab es Reaktionen auf Impfungen /Medikamente (bzw. auch Injektionen)

Ja z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderungen. Nein

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tripper, Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose, usw.

Gibt es Allergien? Ja Nein

Pollen / wann

.....

Nahrungsmittel / Medikamente

.....

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

.....

Haben Sie Narben? Wo?

.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links – rechts – doppelseitig –

Haare Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann.....

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration, usw.
Tragen Sie eine Brille Ja Nein Letzte Kontrolle.....

Ohren links / rechts...Tinnitus seit.....Schwerhörigkeit seit....., andere.....
Tragen Sie ein Hörgerät Ja Nein Letzte Kontrolle.....

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Ja Nein
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? Ja Nein
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Ja Nein
Haben Sie Implantate? Ja Nein
Kiefergelenkprobleme? Ja Nein
Haben Sie eine Zahnschiene (Knirschen, CMD) Ja Nein

Zahnfüllmaterialien Amalgam Kunststoff Gold Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust und Bauch

- Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher,
- Lunge** Bronchitis, häufig Husten,
- Leber** Entzündung, Hepatitis,
- Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit,
- Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation,
- Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen -Geruch.....
- Stuhlgang** täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach.....
Neigung zu Verstopfungen, Neigung zu Durchfall, **Konsistenz:** schnittfest, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

Rücken – Arme – Beine – Bauch

- Arme** Verletzungen, Schmerze, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände usw.
- Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl usw.
Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen Ja Nein Fersenerhöhung, Totalerhöhung, Schmetterlingssohle, Abrollhilfe, orthopädische Schuhe
- Rücken** Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, usw.
Hatten Sie einen Unfall mit Halswirbelsäulenbeteiligung (Schleudertrauma, Sturz vom Pferd, Ja Nein
- Haut / Nägel** Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung usw.

Unterleib – Gynäkologie

- Gynäkologie** Ausfluss- Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten,
- Menses** Wann war die erste Menses..... wann die letzte.....
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche.....
Klimakterische Beschwerden.....
- Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche.....
- Prostata** vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen
- Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig, oft kalte Füße
- Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

Allgemeines

- Mein aktuelles Körpergewicht**..... **Meine Körpergröße**.....
- Meine Blutgruppe** **Mein Blutdruck**
- Trinken Sie Alkohol?** **Rauchen Sie?**.....
- Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**
-

Wie viel Liter und was Trinken Sie pro Tag ?

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?

Schaffen Sie es jeden Tag, fünf Portionen (je eine Hand voll) Obst und Gemüse zu essen ? ja nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit Hilfe zu verbessern?

Auf welche Nahrungsmittel könnten Sie schwer verzichten?

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?

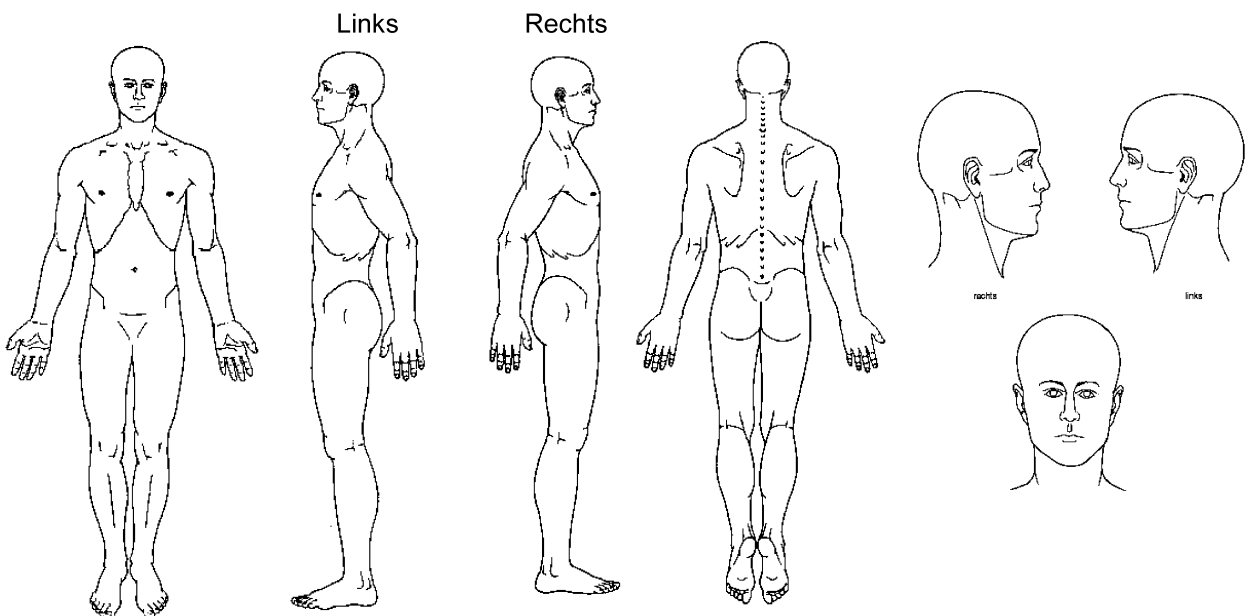
Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Schlafzeit übliches zu Bett gehen.....übliches Aufstehen.....

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf ? Bitte kennzeichnen

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Schwach mittel sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit.....Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse Verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges.....

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung. Sonstiges

Bisherige Schmerzbehandlung

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

.....

.....

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Bitte genau

.....

.....

.....

.....

Chronologie der Krankengeschichte / bzw. durch Unfälle von Kindheit an

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (z.B. Labor, Röntgen usw.) mit.

Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 3023/91) wird verlangt, Patienten aufzuklären, daß es bei Manipulationen an der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen oder Sonstiges kommen kann.

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.
2. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.
6. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
7. Wir bitten Sie, uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes eintretenden Änderungen zu informieren.
8. Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Std. vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach der Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum:..... Unterschrift.....
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)