

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb: _____

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm

Behandelnder Arzt: _____ Gewicht: _____ kg

Hobbys: _____

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir? (Kurze Beschreibung)

Schmerzgebiet:

rot

Ausstrahlungen:

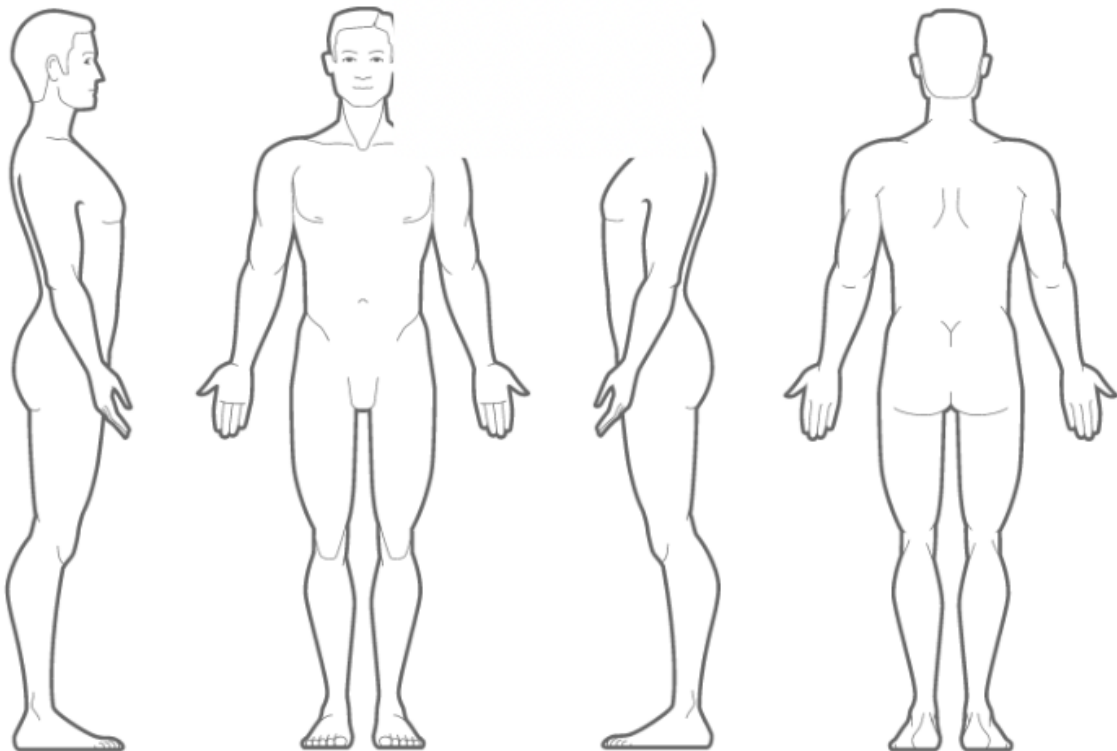
blau

Narben:

grün

Bitte tragen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.

Eine Zahl von 1-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist.



Wie ist das Schmerzempfinden?

- ☐ ziehend ☐ brennend ☐ stechend ☐ klopfend ☐ drückend ☐ krabbelnd
☐ reißend ☐ kolikartig ☐ krampfend ☐ dumpf ☐ beengend ☐ bohrend
☐ sonstiges: _____

Seit wann haben Sie ihre Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? ☐ nein ☐ ja, welches? _____

Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

- ☐ morgens ☐ tagsüber ☐ abends ☐ nach Belastung ☐ in Ruhe ☐ permanent

Sie verstärken sich durch: _____

Sie verbessern sich durch: _____

Was wurde bezüglich der Schmerzen bisher untersucht:

Facharzt: ☐ nein ☐ ja _____

Röntgen/ CT / MRT: ☐ nein ☐ ja _____

Ultraschall: ☐ nein ☐ ja _____

Labor: ☐ nein ☐ ja _____

Wie wurde bisher therapiert: ☐ keine Therapie ☐ Medikamente ☐ Physiotherapie ☐ Operation

Medikamentenplan: ☐ Ich nehme keine Medikamente ein

Medikamentenname / Wirkstoff	Dosierung	Einnahmegrund

Operationen (Zeitpunkt und Region): _____

Unfälle (Zeitpunkt und Region): _____

Begleiterkrankungen:

Diabetes ☐ nein ☐ ja Gicht ☐ nein ☐ ja

Asthma ☐ nein ☐ ja Chron. Bronchitis ☐ nein ☐ ja

Rheuma ☐ nein ☐ ja Migräne ☐ nein ☐ ja

Bluthochdruck ☐ nein ☐ ja Gerinnungsstörung ☐ nein ☐ ja

Epileptiforme Anfälle / Krämpfe ☐ nein ☐ ja Angina pectoris ☐ nein ☐ ja

Osteoporose ☐ nein ☐ ja Herzinfarkt ☐ nein ☐ ja

Schilddrüsenprobleme ☐ nein ☐ ja, welche _____

Infektionskrankheiten ☐ nein ☐ ja, welche _____

Neurologische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, welche _____

Allergien / Unverträglichkeiten ☐ nein ☐ ja, welche _____

Sonstiges: _____

Stressskala:

Völlig entspannt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Absolut gestresst
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ nein ☐ ja Tragen Sie eine „Knirscherschiene“? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Einschlafprobleme? ☐ nein ☐ ja Haben Sie Durchschlafprobleme: ☐ nein ☐ ja

Stuhlgang: ☐ normal ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ wechselhaft ☐ Blähungen

Wasserlassen: ☐ normal ☐ häufig Blasenentzündungen ☐ Harnverhalt ☐ _____

Essgewohnheit: ☐ vegan ☐ vegetarisch ☐ Allesesser ☐ überwiegend Fastfood

☐ besondere Diät, welche? _____

Essen Sie Ihre Mahlzeiten sehr schnell? ☐ nein ☐ ja

Essen Sie täglich Fleisch- und Wurstwaren? ☐ nein ☐ ja

Essen Sie täglich Milchprodukte? ☐ nein ☐ ja

Essen Sie täglich Zucker / Süßwaren? ☐ nein ☐ ja

Trinken Sie Kaffee? ☐ nein ☐ ja Wieviel? _____ ml pro Tag

Trinkmenge allgemein (Wasser usw.) _____ ml

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja Wieviel? _____ pro Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ ja Wieviel? _____

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden? ☐ nein ☐ ja

Bitte geben Sie spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes in der Praxis ab:

- Behandlungsvertrag
- Anamnesebogen
- Falls vorhanden: Rezept – wenn möglich in Kopie
- Falls vorhanden: vorhandene Befunde zum beschriebenen Problem

Gerne können o.g. Dokumente auch per Mail an info@christopher-schwarz.de geschickt werden.

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Sie.