

## 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
- Diabetes
- Allergien – wenn ja, welche?
- Gicht
- Gefäßerkrankungen

- 
- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
- 

**Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?**

- Gehirn
- Lunge
- Nieren
- Leber
- Galle
- Bauchspeicheldrüse
- Nervensystem
- Magen-Darm-Trakt
- Blase
- Gebärmutter
- Herz
- Schilddrüse

**Haben Sie Probleme beim**

- Stuhlgang
- Wasserlassen

**Leiden Sie häufig unter**

- Durchfall
- nervöser Magen
- Verstopfung
- Blähungen

**Leiden Sie unter**

- Schlafstörungen
- Gereiztheit
- Konzentrationsschwäche
- 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 Wechseljahrsbeschwerden?**

- 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

---

**Wurden Sie schon mal operiert?** Bitte kurz beschreiben

---

**Welche Narkose haben Sie erhalten?**

- Vollnarkose  Teilnarkose  PDA (Rückennarkose)

**Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden?** 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!**

