

Anamnese-Bogen

Sport-Heilpraxis

Regina Schmid Oberammergau

Tel: 08822/949771

Vorname: _____ **Name:** _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Gewicht: _____ **Körpergröße:** _____

Beruf: _____

Sport: _____

Was kann ich für Sie tun? Welche Beschwerden haben Sie?

Allgemeinsymptome

Wie ist Ihr Appetit, Ihr Durst? _____

Ist Ihr Gewicht konstant? _____

Haben Sie Schlafprobleme? _____

Schwitzen Sie nachts? _____

Haben Sie gelegentlich Fieber oder Schüttelfrost? _____

Wie ist Ihr Allgemeinempfinden? _____

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie wie oft ein? In welcher Stärke? _____

Kopf und Hals

Haben Sie Kopfschmerzen? _____

Haben Sie Schwindel? _____

Riechen, schmecken und hören Sie gut? _____

Wie ist Ihre Sehkraft? _____

Haben Sie Halsschmerzen? _____

Haben Sie Schluckbeschwerden? _____

Gibt es Probleme mit den Zähnen? _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? _____

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt? _____

Lymphknoten

Haben Sie Lymphknotenschwellungen bemerkt? Z.B. unter der Achsel, in der Leiste oder am Hals? _____

Thorax und Brust

Haben Sie Atemnot? In Ruhe oder Belastung? _____

Haben Sie Herzbeschwerden? Spüren Sie Ihr Herz? _____

Haben Sie Husten, Auswurf? _____

Abdomen

Haben Sie Magen und Darmbeschwerden? Übelkeit oder Erbrechen?

Ist der Stuhlgang in Ordnung? Haben Sie Durchfall oder Verstopfung?

Haben Sie schon mal Blut im Stuhl beobachtet? _____

Sehen Sie sich Ihren Stuhl regelmäßig an? _____

Welche Ernährungsgewohnheiten haben Sie? _____

Essen Sie regelmäßig? _____

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag? _____

Haben Sie Ihren Blinddarm noch? _____
Hatten Sie operative Eingriffe im Bauchbereich? _____

Wie lange liegen die zurück? _____

Harntrakt

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? _____

Ist der Urin auffällig, z.B. schaumig oder blutig? _____

Müssen Sie nachts raus zum Wasserlassen? _____

Geschlechtsorgane

Ist die Periode regelmäßig? Normal stark? _____

Haben Sie Beschwerden während der Periode? _____

Haben Sie Zwischenblutungen? _____

Haben Sie eine normal Große Prostata? _____

Lassen Sie sich regelmäßig vom Frauenarzt/Urologen untersuchen? _____

Haben Sie Kinder? _____

Hatten Sie einen Kaiserschnitt? _____

Skelett

Haben Sie Gelenkbeschwerden, Kreuzschmerzen, Muskelschmerzen?

Welche Gelenke sind betroffen? _____

Wie lang haben Sie die Schmerzen? _____

Wann, wie häufig und zu welcher Tageszeit haben Sie die Schmerzen?

Warum haben Sie die Schmerzen? (Trauma, Infekte, psychische Belastung...)

Haben Sie Erkrankungen des Skelettsystems? _____

Hatten Sie operative Eingriffe im Bewegungsapparat? _____

Wie lang liegt das zurück? _____

Neurologie/Psychie

Haben Sie Gefühlsstörungen oder Lähmungserscheinungen? _____

Haben Sie ein Anfallsleiden? _____

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? In welcher Menge? _____

Rauchen Sie? Wie viele? Was? _____

Waren/sind Sie wegen psychischen Problemen in Behandlung? _____

Wegen welchen psychischen Problemen waren/sind Sie Behandlung? _____

Haut

Haben Sie eine Allergie oder Hauterkrankung? _____

Haben Sie Narben? Woher? Wie lange liegt es zurück?

Wenn Sie Befunde, Bilder und Laborwerte von sich haben, bitte zu Ihrem Termin mitbringen!!!