

Anamnesefragebogen

Praxis Gläser
Inka & Matthias Gläser
Obenstraße 62-66
28195 Bremen

Name:	_____
Vorname:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____
Geburtsdatum:	_____
Familienstand:	_____
Kinder:	_____
Beruf:	_____

Wer hat uns empfohlen?

Hausarzt: _____

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Beschreiben Sie bitte Ihre aktuellen Beschwerden:

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Z.B. eine Erkrankung, Unfall, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Impfungen usw.

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

Immer__mehrmals am Tag__seltener__wöchentlich__

Wann haben Sie die Schmerzen?

in Ruhe__amTag__im Liegen__nach dem Essen__nachts__bei Belastung__beim Aufstehen__

Wie sind die Schmerzen?

ziehend__ stechend__ krampfend__
bohrend__ klopfend__ reißend__ dumpf__
brennend__ drückend__ kolikartig__ beengend__

Gibt es etwas, das die Beschwerden verschlimmert?

Bewegung__ Ruhe__ Wärme__ Kälte__

Zusätzliche Symptome zum Schmerz?

Hautrötung__ Schwellung__ Taubheitsgefühl__ Kribbeln__
Seh- oder Hörstörungen__ Koordinationsstörungen__ Bewegungseinschränkung__
Berührungsempfindlichkeit „Ameisenlaufen“__ Schweißbildung__
Gangunsicherheit__ Muskelschwäche__ Schwindel__

Bisherige Therapien:

Hatten Sie Unfälle?

Bekannte Erkrankungen:

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang?

Verstopfung__ Blähungen__ Durchfall__

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen?

Gehirn__ Lunge__ Leber__ Nieren__
Nervensystem__ Magen-Darm-Trakt__ Bauchspeicheldrüse__
Herz__ Schilddrüse__ Galle__ Gebärmutter__

Leiden Sie unter:

Schlafstörungen__Leistungsabfall__einem nervösen Magen__
Konzentrationschwäche__Gereiztheit__ Stimmungsschwankungen__
dauerhaftem Stress__Unruhe__
anderen Problemen:

Rauchen Sie? ja__nein__Wieviel?__

Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen

Nehmen Sie Hormone / die Pille?

Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?

Besondere Probleme / Komplikationen bei Schwangerschaft/en und Geburt/en?

Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

Welche:

Operationen:

Welche:

Platz für Ergänzungen:
