

**NAME:**

**GEB.**

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Beruf \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht \_\_\_\_\_ Ihre Blutgruppe, falls bekannt? \_\_\_\_\_

IHRE JETZIGEN BESCHWERDEN

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE ZUR ZEIT EIN?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

IHRE KRANKENGESCHICHTE

ERKRANKUNGEN VATER

MUTTER

IHRE KRANKENGESCHICHTE	ERKRANKUNGEN VATER	MUTTER
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IMPFUNGEN

ANTIBIOTIKA

INFEKTANFÄLLIGKEIT

Wann das letzte mal?

ALLERGIEN

NATÜRLICHE GEBURT

GESTILLT

RAUCHER

## SCHLAF – LEIDEN SIE AN FOLGENDEN SYMPTOMEN?

Schlaflosigkeit	Einschlafschwierigkeiten	Häufiges Erwachen	Uhrzeit
Wasserlassen nachts	Nachtschweiß	Traumerinnerung	Alpträume
Schlaflage	Sprechen im Schlaf	Unruhe in den Beinen	Zähneknirschen

## ERNÄHRUNG – WAS ESSEN SIE AN EINEM NORMALEN TAG?

FRÜHSTÜCK	MITTAGESSEN	ABENDESSEN	ZWISCHEN
-----------	-------------	------------	----------

## MILCHPRODUKTE    SÜßIGKEITEN    KUCHEN    ZUCKER    BONBONS/KAUGUMMI

Vertragen Sie Milchprodukte?

Vertragen Sie Äpfel, Birnen, Weintrauben?

Vertragen Sie Trockenobst, Äpfel und Kaugummi?

Vertragen Sie Sekt, Rotwein, Thunfisch, Pizza, herzhafte Käsesorten, Tomatensoße, Schmerzmittel?

Vertragen Sie Aspirin, Senf, Chili oder Paprika?

Vertragen Sie Fett?

## TRINKEN - WAS TRINKEN SIE UND WIEVIEL? (AM TAG)

WASSER	TEE	KAFFEE	ALKOHOL	FRUCHTSÄFTE	COLA	E-DRINKS	ANDERE
--------	-----	--------	---------	-------------	------	----------	--------

## EMOTIONEN    GUT 1 – 10 SCHLECHT

Müdigkeit	Erschöpfung	Konzentration	Reizbarkeit	Geschl. Kragen
Gürtel	Enge Räume	Panikattacken	Wärme	Kälte
Schwitzen	nachts	Frieren	Belastbarkeit	Traurig
Verhältnis Partner	andere Personen	Sorgen	Zufriedenheit	Bewegung/Sport
Stress (Arbeit od. anderes)				

## Sonstige Symptome

### KOPF

Kopfschmerzen \_\_\_\_\_

Haare \_\_\_\_\_

Augen \_\_\_\_\_

Ohren \_\_\_\_\_

Zähne/Kiefer \_\_\_\_\_

Nase \_\_\_\_\_

Mandeln \_\_\_\_\_

Schilddrüse \_\_\_\_\_

### HAUT

Allergien \_\_\_\_\_

Juckreiz \_\_\_\_\_

Warzen / Pilze / Sonstiges \_\_\_\_\_

Verwendete Kosmetik \_\_\_\_\_

### BRUST / BAUCH

Brust / Brustdrüse \_\_\_\_\_

Herz \_\_\_\_\_

Lunge \_\_\_\_\_

Leber \_\_\_\_\_

Galle \_\_\_\_\_

Magen \_\_\_\_\_

Nieren \_\_\_\_\_

Blase \_\_\_\_\_

### DARM

Stuhlgang Häufigkeit

Durchfall

Verstopfung

Farbe

Blähungen

Geruchsarm

Stark riechend

Fäulnis

Schmerzen

Krämpfe

Erkrankungen

Blut im Stuhl

Schleim im Stuhl

Fieber

Starker Schmerz

Stuhl wässrig und hohe Frequenz?

RÜCKEN

ARME/HÄNDE

BEINE/FÜßE

Schmerzen \_\_\_\_\_

Beweglichkeit \_\_\_\_\_

Kribbeln \_\_\_\_\_

Taubheitsgefühle \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

## GYNÄKOLOGIE / UROLOGIE

FRAUEN

Ausfluss \_\_\_\_\_

Schmerzen \_\_\_\_\_

Ausschabungen \_\_\_\_\_ Fehlgeburten \_\_\_\_\_

Geburten \_\_\_\_\_

Tumore/Zysten/Myome \_\_\_\_\_

Erkrankungen \_\_\_\_\_

Blutung stark/schwach \_\_\_\_\_

Zykluslänge \_\_\_\_\_

Pille \_\_\_\_\_ Libido \_\_\_\_\_

MÄNNER

Prostata vergrößert \_\_\_\_\_

Beschwerden beim Wasserlassen \_\_\_\_\_

Erkrankungen \_\_\_\_\_

Libido \_\_\_\_\_

SONSTIGES