# **Anamnesebogen** (Fragebogen zur Krankenvorgeschichte)

Die nachfolgenden Fragen betreffen ihre Krankenvorgeschichte.
Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus.
Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name und Vorname:

Beruf/Tätigkeit: ☐ sitzend ☐ stehend ☐

Leiden Sie an folgenden Krankheiten oder Symptomen: wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen

**Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks**
☐ multiple Sklerose (MS) ☐ Schlaganfall ☐ Polyneuropathie ☐ Schädel-Hirn-Trauma
☐ M. Parkinson ☐ Epilepsie ☐ Nervenverletzung, -lähmung, -entzündung
☐ andere:

**Erkrankungen der Atemwege**
☐ Lungenentzündung ☐ chronische Bronchitis ☐ Asthma bronchiale ☐ Tuberkulose
☐ Emphysem
☐ andere:

**Erkrankung von Herz oder Kreislauf**
☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Zustand nach Herzinfarkt ☐ Thrombose oder Embolie
☐ koronare Herzkrankheit (KHK) ☐ Arterienverkalkung ☐ Aneurysma
☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck
☐ andere:

**Stoffwechselerkrankungen**
☐ Diabetes ☐ Gicht ☐ Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse ☐ Hashimoto Thyreoiditis
☐ andere:

**Magen-Darm-Erkrankungen**
☐ Magen-/ Zwölffingerdarmgeschwüre ☐ Entzündung der Magenschleimhaut ☐ Refluxkrankheit
☐ Reizdarm ☐ Mb. Crohn ☐ Colitis ulcerosa ☐ Hämorrhoiden
Stuhlgang: Häufigkeit: ☐ / Tag oder ☐ / pro Woche
Konsistenz: ☐ flüssig ☐ breiig ☐ geformt ☐ hart ☐
☐ andere:

**Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse**
☐ Entzündung der Bauchspeicheldrüse ☐ Hepatitis ☐ Gallenkoliken ☐ Leberzirrhose
☐ andere:

**Erkrankungen der Niere, Harnwege**
☐ Blase ☐ Harnröhre ☐ Blasenschwäche ☐ chronisches Nierenversagen
☐ Harnwegsentzündung ☐ Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen
☐ andere:

**Erkrankungen der Unterleibsorgane**
☐ Sexualstörung ☐ Erkrankungen der Prostata ☐ Schwierigkeiten beim Wasserlassen
☐ Endometriose ☐ andere:

**Hauterkrankungen**
☐ Nesselsucht ☐ Psoriasis (Schuppenflechte) ☐ Ekzeme
☐ andere:

**Tumorerkrankungen**

☐ gutartig ☐ bösartig ☐ welche:

**Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes**

☐ M. Bechterew ☐ chronische Polyarthritis ☐ rheumatische Muskelentzündung ☐ Osteoporose
☐ Skoliose ☐ Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers
☐ andere:

**Seelische Leiden**

☐ schwere Angstzustände ☐ Depression ☐ Panikattacken ☐ Psychose ☐ Magersucht
☐ Sucht oder Abhängigkeit
☐ andere:

**Allgemeinbefinden**

Haben Sie Schlafstörungen? ☐ ja ☐ nein
Leiden Sie unter chronischer Müdigkeit und/oder Erschöpfung? ☐ ja ☐ nein
Bedrückt Sie etwas (beruflich, privat/in der Partnerschaft)? ☐ ja ☐ nein
Fühlen Sie sich in ihrer Gesundheit beeinträchtigt z.B. durch Lärm, Staub/Rauch/Abgase, Schichtarbeit?
☐ ja ☐ nein

☐ anderes

Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ nein
Welche?

**Gab es Unfälle/ Traumen/Knochenbrüche/Stürze in der Vergangenheit (auch Kindheit) ?**

Welche?

**Wurden Operationen durchgeführt?**

Entfernung: ☐ der Rachenmandeln ☐ des Wurmfortsatzes (Blinddarm) ☐ der Gallenblase
☐ Kaiserschnitt ☐ Dammschnitt ☐ Zahnoperationen
☐ andere:

Hatten Sie ein Schleudertrauma und/oder einen starken Sturz auf das Steißbein?
☐ ja ☐ nein
Treiben Sie regelmäßig Sport?
☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie?
☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
☐ dauerhaft ☐ momentan ☐ nein
Welche?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?
☐ ja ☐ nein Welche?

Datum und Unterschrift