



## Anamneseerhebung

(Nur für med. Therapeuten)

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geschlecht: w/m Gewicht: \_\_\_\_\_ Norm.Gewicht \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Plz: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Alle Impfungen/Impfbuch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alle Kinderkrankheiten (akute, chronische)

\_\_\_\_\_

Was für ein Typ ist der Patient? / Sind Sie? (stark, schwach)

\_\_\_\_\_

Gemüt? Ängste vor? Reizbar bei? Aktiv? Passiv?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen welche Beschwerden? (Symptomatik)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht Fieber? Wenn ja, wie hoch ist die Temperatur oder Schwankung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Äußert sich die Krankheit durch einen besonderen Verlauf? Hochs oder Tiefs der Krankheit?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen nachts Extremitäten Schmerz, Körper oder Stirnschweiß?

\_\_\_\_\_

•  
•  
Liegt eine Schmerzsymptomatik vor? Wenn ja, wo genau?  
•  
•

•  
•  
Wann ist/sind die Krankheit/Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten?  
•  
•

•  
•  
Bestehen Begleitsymptome?  
•  
•

•  
•  
Welche Verpflichtungen muss der Patient eingehen? (Kur, Tabletten u.s.w.)  
•  
•  
•

•  
•  
Unter welchen Bedingungen wird der Zustand besser oder schlechter?  
•  
•  
•

•  
•  
Hat der Patient sich im wesentlichen verändert? Habe ich mich verändert? (Gemüt)  
•  
•  
•  
•

•  
•  
Hat sich das Essverhalten verändert?  
•  
•

•  
•  
Besteht Appetitlosigkeit oder plötzliche Abneigung gegen bestimmte Speisen/Getränke?  
•  
•

•  
•  
Besteht Übelkeit oder Erbrechen? Tageszeit?  
•  
•

•  
•  
Wie sieht das Erbrochene aus? Normal, schwarz, rötlich oder wässrig? Mundgeruch?  
•  
•

•  
•  
Wie ist das Stuhlverhalten? Normal, Durchfall oder Verstopfung?  
•  
•

•  
•  
Welche Farbe hat der Urin (weiß dunkel gelb bis rot)? Gibt es ein Brennen?  
•  
•

•  
•  
Muss mehr oder weniger zur Toilette gegangen werden?  
•  
•

•  
•  
Besteht Atemnot, Husten und evtl. Auswurf?  
•  
•

•  
•  
Welche Vorerkrankungen gab es? (Alte Leiden, akute o. chronische, vererbt)  
•  
•

Welche Medikamente werden eingenommen? (Pille, Abführmittel u.s.w.)

---

---

---

Welche Vorerkrankungen gab es in der Familie? Blutdruck, Herz, Krebs/Leukämie? Herpes?

---

---

---

---

Bestehen innerhalb der Familie Allergien?

---

---

---

Wird es besser bei Schlaf, Helligkeit, Dunkelheit, Wärme oder Kälte?

---

---

Bestehen Kopfschmerzen? Wenn ja, wann?

---

---

Wann wird es besser oder schlechter, bei Nässe, Trockenheit, Kälte, Wärme, Helligkeit oder Dunkelheit?

---

---

---

Glieder-schmerzen bei Wärme, Kälte, Nässe oder Trockenheit?

---

---

---

Wann, wie oft, wie lange oder gar nicht ist der Beischlaf?

---

Probleme bei vor,während oder nach der Menstruation?

---

---

Raucher: wie viel?      Trinker: was/wie viel?      Drogen:welche?

---

Haben Sie Diäten gemacht? Wenn ja, welche?

---

---

---

Wenn es noch etwas gibt was hier noch nicht angesprochen wurde, bitte nachtragen denn jede Einzelheit bringt uns näher zur richtigen Diagnose und an die richtige Therapie.

---

---

---

