DIPLOM BIOLOGE

DR. MED. J. MEYER- TESCHENDORF

ARZT FÜR ORTHOPÄDIE- ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

SPORTMEDIZIN- AKUPUNKTUR- NATURHEILVERFAHREN- ERNÄHRUNGSMEDIZIN

ANAMNESE FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname _____

Name _____

Berufliche Tätigkeit _____

Adresse _____

Telefon _____

Geburtstag _____

Körpergröße _____

Gewicht _____

DÜSSELDORFERSTR.33-45481 MÜLHEIM-SAARN

TELEFON 0208/94 137 444

www.sanfte-orthopaedie.de

Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. _____ seit _____
2. _____ seit _____
3. _____ seit _____
4. _____ seit _____
5. _____ seit _____
6. _____ seit _____
7. _____ seit _____
8. _____ seit _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

_____

_____

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

_____

Wie war der Erfolg ?

- ❑ sehr gut
- ❑ gut
- ❑ mäßig
- ❑ schlecht
- ❑ sehr schlecht

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?

- ❑ Eine Erkrankung
- ❑ Kummer
- ❑ Trauer
- ❑ Verletzung, Unfall
- ❑ Operationen
- ❑ Hautausschläge
- ❑ andere : _____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?

_____

_____

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

Krankheitsgeschichte

Chronologische Krankheitsgeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

_____

_____

_____

_____

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Windpocken

☐ Scharlach ☐ Tetanus ☐ Kinderlähmung (Polio) ☐ Malaria

☐ Salmonellose ☐ Ruhr ☐ Syphilis ☐ Tuberkulose

☐ Pfeiffersches Drüsenfieber ☐ Gonorrhoe (Tripper)

☐ Tropenkrankheiten

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

☐ ja ☐ nein **Falls ja, welche wurden eingesetzt?**_____

Haben Sie Narben von Operationen ?

☐ ja ☐ nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten ?

☐ ja ☐ nein

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt ?

☐ Krebs ☐ Tuberkulose ☐ Geisteskrankheiten ☐ Geschlechtskrankheit

☐ Epilepsie ☐ Gefäßerkrankungen ☐ Schlaganfall

☐ Asthma ☐ Diabetes mellitus ☐ Rheumatismus ☐ Herzinfarkt

☐ Multiple Sklerose ☐ Gicht ☐ Allergien

☐ Schuppenflechte ☐ Neurodermitis ☐ _____

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen ?

☐ Tuberkulose (BCG) ☐ Röteln ☐ Kinderlähmung (Polio)

☐ Cholera ☐ Diphterie ☐ Gelbfieber ☐ Tetanus

☐ Hepatitis ☐ Pocken ☐ Keuchhusten ☐ Grippe

☐Masern ☐ Mumps ☐ andere: _____

Gab es Reaktionen auf Impfungen ?

- ❑ Fieber
- ❑ Krämpfe
- ❑ Unruhe
- ❑ Schlaflosigkeit
- ❑ Verhaltensveränderungen

Wohnung

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen ?

☐ Funkmasten in der Nähe ☐ Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe

☐ Bäche, Flüsse i. d. Nähe ☐ Schimmelpilzbelastung

☐ Antiquitäten/Holzschutzmittel ☐ Teppichböden ☐ Mikrowelle

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

☐ schnurloses Telefone/ Internet ☐ elektrische Geräte standby ☐ Wasserbett

☐ eingebauter elektrischer Motor

Wie ist Ihr Schlaf?

☐ häufiges Erwachen ☐ nächtliches Wasserlassen

☐ Schwierigkeiten beim Wiedereinschlafen ☐ Unruhe in den Beinen

☐ Sprechen im Schlaf ☐ Nachtschweiß

☐ heiße Füße ☐ Zähneknirschen ☐ lebhafte Träume

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

☐ häufig ☐ selten ☐ nie ☐ Stirn- Augen- Schläfenregion

☐ Hinterhauptregion ☐ morgens ☐ abends ☐ halbseitig

☐ links ☐ rechts ☐ doppelseitig ☐ wandernd von links nach rechts

☐ wandernd von rechts nach links

Auslöser der Kopfschmerzen :_____

Was verbessert? _____

Was verschlechtert? _____

Haare:

☐ Haarausfall ☐ kreisrunder ☐ vereinzelter ☐ seit wann : _____

Augen:

☐ Bindehautentzündung ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig ☐ sonstige Beschwerden

☐ Brille seit _____

Ohren:

☐ Schmerzen links ☐ Schmerzen rechts ☐ beidseitig ☐ Mittelohrentzündung

☐ schwerhörig ☐ Ohrengeräusche ☐ Ohrendruck

Zähne/Kiefer:

☐ Häufige Zahnarztbesuche

☐ Erweiterter Durchbruch der Weisheitszähne ☐ Wurzelbehandelte Zähne

☐ Tote Zähne ☐ Empfindliche Zähne auf ☐ heiß ☐ kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

☐ ja ☐ nein

Zahnfüllmaterial:

☐ Amalgam ☐ Gold ☐ Titan ☐ Kunststoff ☐ Keramik ☐ Palladium

Nase:

☐ Operationen ☐ Heuschnupfen ☐ Allergien auf_____

☐ behinderte Nasenatmung ☐ Nase verstopft

Absonderungen?

☐ wässrig ☐ schleimig ☐ eitrig ☐ grünlich

☐ häufig Nasennebenhöhlenentzündung

Mandeln:

☐ Operationen ☐ häufig Mandelentzündung ☐ als Kind ☐ heute

Schilddrüse:

☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Vergrößerung ☐ Operation

Brust - Bauch - Rücken

Brustdrüse

☐ Beschwerden ☐ Operationen

Niere/ Blase

☐ Nierensteine ☐ Entzündungen

Herz

☐ Beschwerden ☐ Stechen ☐ Druckgefühl ☐ Infarkt

☐ Beklemmung ☐ Herzrhythmusstörung

Harn

☐ viel ☐ wenig ☐ häufig ☐ kann nicht halten

☐ Geruch nach _____

Lunge

☐ Bronchitis ☐ häufig Husten ☐ Atemnot

Darm

☐ Infektionen ☐ Hämorrhoiden ☐ Blinddarmoperation

☐ Blähungen, Geruch nach _____

Leber

☐ Entzündungen ☐ Hepatitis

Galle

☐ Steine ☐ Koliken ☐ Operationen ☐ Druck im Oberbauch

☐ Fettunverträglichkeit

Magen

☐ Völlegefühl ☐ Gastritis ☐ Appetitlosigkeit ☐ Nahrungsmittelallergie

Rücken

☐ Schmerzen ☐ Hexenschuss ☐ Ischias

☐ Skoliose

Stuhlgang

☐ täglich ☐ jeden **2.** Tag ☐ unregelmäßig

Konsistenz des Stuhls

☐ hell ☐ dunke l ☐ übel riechend ☐ hart

☐ knollig ☐ weich ☐ schmierig ☐ pastenartig

☐ kann Stuhl nicht halten ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Arme - Beine - Rücken - Haut

Arme

☐ Verletzungen

☐ Schmerzen

☐ Tennisellenbogen

☐ Kribbeln

☐ kalte Hände

Beine

☐ Schmerzen

☐ Krampfadern

☐ Operationen

☐ Verletzungen

☐ kalte Füße

☐ Kribbeln

☐ Taubheitsgefühl

☐ Allergien_____

Rücken

☐ Beweglichkeit

☐ Verspannungen

☐ Belastungen

☐ Rheuma

Haut/Nägel

☐ Verbrennungen

☐ Narben

☐ Geschwüre

☐ Hautjucken

☐ Warzen

☐ Pilze

☐ eingewachsene Nägel

☐ Nagelbettentzündungen

Gynäkologischer / Urologischer Bereich

Gynäkologisch

Ausfluß :

☐ keinen

☐ stark

☐ weiß

☐ gelb

☐ wundmachend

☐ färbt die Wäsche

☐ Schmerzen

☐ Eierstockentzündung

☐ Ausschabungen

Menses

Wann war die erste Menses?

_____

Wann die letzte?

_____

Blutungen sind :

☐ hell

☐ dunkel

☐ klumpig

☐ braun

☐ regelmäßig

☐ unregelmäßig

☐ Fehlgeburten

☐ Geburten _____

☐ Abtreibungen

☐ Tumore

☐ Zysten

☐ Myome

☐ Geschlechtskrankheiten

Prostata

☐ vergrößert

☐ Entzündungen

☐ Beschwerden beim Wasserlassen

☐ Geschlechtskrankheiten

Sexualität

☐ vermindert ☐ verstärkt ☐ unbefriedigt

☐ Beschwerden beim Wasserlassen

Emotionales

Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie berührungsempfindlich?	☐ ja	☐ nein
Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?	☐ ja	☐ nein
Beeinträchtig Sie ein enger Gürtel?	☐ ja	☐ nein
Mögen Sie enge Räume (Fahrstühle etc)?	☐ ja	☐ nein
Mangelnde Konzentration?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie müde und erschöpft?	☐ ja	☐ nein
Reizbarkeit verstärkt?	☐ ja	☐ nein
Ängste- Schuldgefühle- Konflikte?	☐ ja	☐ nein
Treiben Sie regelmäßig Sport?	☐ ja	☐ nein
Schwitzen Sie leicht?	☐ ja	☐ nein
Schwitzen Sie nachts?	☐ ja	☐ nein

An welchem Körperteil?_____

☐ kalter Schweiß ☐ warmer Schweiß

Frieren Sie schnell?	☐ ja	☐ nein

☐ Kalte Hände ☐ Kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ gar nicht belastbar

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Haben Sie einen Partner (in)? ☐ ja ☐ nein

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner (in)?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Sind Sie glücklich? ☐ ja ☐ nein

Ernährung

Wie viel Liter trinken Sie täglich ? _____

Was trinken Sie? _____

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

☐ Milchprodukte ☐ Süßigkeiten ☐ Weißmehlprodukte ☐ Kuchen

☐ Eier ☐ Zucker ☐ Nüsse

Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten?

_____

_____

Verlangen nach :

☐ Süß ☐ Sauer ☐ Pikant ☐ Bitter ☐ Salzig ☐ Scharf

☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Obst ☐ Nikotin ☐ Alkohol

Abneigungen gegen:

☐ Süß ☐ Sauer ☐ Pikant ☐ Bitter ☐ Salzig ☐ Scharf

☐ Fleisch ☐ Eier ☐ Fett ☐ Alkohol

Nahrungsmittelallergien auf _____

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?_____

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein

War Ihre Geburt eine natürliche? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer

Hilfe zu verbessern ? ☐ ja ☐ nein

„ Wer Heute etwas für seine Gesundheit tut

Bewahrt sie für morgen „

www.sanfte-orthopaedie.de