



Anamnesebogen Erwachsene

Welchen **Beruf** üben Sie aus? _____

Name des **Hausarztes**? _____

Üben Sie ein **Hobby** o.ä. aus? _____

Bestehen **Vorerkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Allergien, Gefäßerkrankungen,...)? Ja Nein

Gibt es in Ihrer **Familie** besondere **Krankheiten** oder **Erbkrankheiten**? Ja Nein

Haben Sie irgendwelche **Störungen/Erkrankungen** oder **Entzündungen** an **Organen**? Ja Nein

Haben Sie **Probleme** beim **Wasserlassen/Stuhlgang**? Ja Nein _____

Leiden Sie unter **Verdauungsstörungen**? Ja Nein _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein (regelmäßig/bei Bedarf)? Ja Nein _____

Haben Sie sich bereits **Operationen** unterzogen; kam es dabei zu **Komplikationen**? Ja Nein _____

Hatten Sie in der Vergangenheit **Unfälle/Stürze/Verletzungen**? Ja Nein _____

Wie ist ihr **Schlafverhalten**? _____

Fand eine **kieferorthopädische Behandlung**, was wurde korrigiert? Ja Nein _____

Aktuell:

Welche **Beschwerden** haben Sie **derzeit**? _____

Beschreiben Sie kurz den **Schmerz**? (Stärke, Ort, Zeitpunkt des ersten Auftretens, Häufigkeit, wann treten die Schmerzen auf...) _____

Gibt es etwas, wodurch sich dieser **verschlimmert**? (Kälte, Wärme, Ruhe,...) _____

Treten andere **Symptome** dazu auf (Schwellung, Taubheitsgefühl, Blässe, Sehstörungen, Schwindel, etc.)? Ja Nein

Wie wurden die **Beschwerden** bisher **untersucht/behandelt**? _____

Ergänzungen für Frauen:

Haben Sie **Kinder**; wie wurden diese geboren? (spontan, per Kaiserschnitt) Ja Nein _____

Traten **Komplikationen** auf in der **Schwangerschaft bei/nach der Geburt**? Ja Nein _____

Haben Sie einen **regelmäßigen Zyklus**, gibt es **Auffälligkeiten** bei der Periodenblutung? (Stärke, Länge, Schmerzen) _____