

# ERSTANAMNESE

## 1. PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Versicherung: \_\_\_\_\_

## 1. PERSÖNLICHE DATEN (FORTSETZUNG)

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt (Name, Telefon): \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## 2. AKTUELLE BESCHWERDEN

Hauptbeschwerde / Warum kommen Sie heute? \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

☐ akut ☐ schleichend seit: \_\_\_\_\_

Schmerzstärke (0–10): \_\_\_\_\_

Was verbessert die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was verschlechtert die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Weitere Begleitsymptome: \_\_\_\_\_

Behandlungsziel / Was wünschen Sie sich? \_\_\_\_\_

## 3. EIGENANAMNESE

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen)

- |                                                    |                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD             | <input type="checkbox"/> Rheuma                    |
| <input type="checkbox"/> Depression / Angststörung |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung     |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung          |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Krebs                     |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____           |                                                    |

Operationen / Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_

Medikamente (inkl. Dosierung): \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzungsmittel / Vitamine: \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Impfstatus:

- ☐ vollständig ☐ teilweise ☐ unbekannt

Besondere Impfungen / Reaktionen: \_\_\_\_\_

## 4. RISIKOFAKTOREN

Rauchen:

- ☐ nein ☐ ja, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Alkohol:

- ☐ nein ☐ selten ☐ regelmäßig

Drogen:

- ☐ nein ☐ ja

Bewegung:

- ☐ regelmäßig ☐ wenig

Ernährung:

- ☐ ausgewogen ☐ vegetarisch  
☐ vegan ☐ gemischt

Stresslevel:

- ☐ gering ☐ mittel ☐ hoch

Besondere Belastungen: \_\_\_\_\_

## 5. VEGETATIVE ANAMNESE

Schlaf: ☐ gut ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen

Appetit: ☐ gut ☐ vermindert ☐ gesteigert

Durst: ☐ normal ☐ erhöht

Gewicht: ☐ stabil ☐ Zu-/Abnahme: \_\_\_\_\_ kg

Stuhlgang: ☐ regelmäßig ☐ Verstopfung ☐ Durchfall

Miktion: ☐ unauffällig ☐ häufig ☐ Schmerzen ☐ nachts

Schwitzen: ☐ normal ☐ vermehrt

Kälte-/Wärmeempfinden: ☐ normal ☐ kälteempfindlich ☐ wärmeempfindlich

Haut: \_\_\_\_\_

Kreislauf: \_\_\_\_\_

Blutdruck (wenn bekannt): \_\_\_\_\_

Puls (in Ruhe): \_\_\_\_\_

Herzbeschwerden / Palpitationen: ☐ nein ☐ ja

Atembeschwerden: ☐ nein ☐ ja

Regelmäßiger Zyklus: ☐ ja ☐ nein

Menstruationsbeschwerden: ☐ nein ☐ ja

Wechseljahre: ☐ nein ☐ ja int. seit: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja in Woche: \_\_\_\_\_

Stillzeit: ☐ nein ☐ ja

Weitere Besonderheiten: \_\_\_\_\_

## 6. FAMILIENANAMNESE

Erkrankungen in der Familie (Eltern / Geschwister / Kinder)

- ☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck  
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen  
☐ Krebs  
☐ Autoimmunerkrankungen  
☐ Psychische Erkrankungen  
☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen: \_\_\_\_\_

## 7. SOZIALE ANAMNESE

Berufliche Belastung:

- ☐ gering ☐ mittel ☐ hoch

Arbeitsumfeld: \_\_\_\_\_

Stressbelastung gesamt:

- ☐ gering ☐ mittel ☐ hoch

Unterstützendes Umfeld: ☐ ja ☐ nein

Hobbys / Ausgleich: \_\_\_\_\_

Weitere relevante Informationen: \_\_\_\_\_

## 8. SONSTIGES

Weitere Angaben, die für die Behandlung wichtig sein könnten: