

Anamnesebogen

Privatpraxis Dr. med. Beate Knaur · Dieselstraße 89, 63165 Mühlheim am Main
Telefon 06108 6196423

So füllen Sie den Bogen aus: Kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie in eigenen Worten, wo Platz gelassen ist. Mit * gekennzeichnete Fragen brauche ich in jedem Fall. Bringen Sie den ausgefüllten Bogen bitte zum Termin mit.

Bequemer geht es online: Unter www.ipm-praxis-muehlheim.de/anamnesebogen/ausfuellen können Sie den Bogen direkt am Bildschirm ausfüllen – verschlüsselt übertragen, ohne Ausdrucken und ohne Postweg.

Persönliche Daten

Vorname *

Name *

Straße und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Geburtstag *

Krankenkasse *

Telefon *

E-Mail *

Körpergröße in cm *

Gewicht in kg *

Geschlecht *

Einige Fragen weiter unten richten sich danach.

☐ Weiblich

☐ Männlich

☐ Divers

Familienstand *

☐ Ledig

☐ Verheiratet

☐ Eingetragene
Lebenspartnerschaft

☐ Getrennt lebend

☐ Geschieden

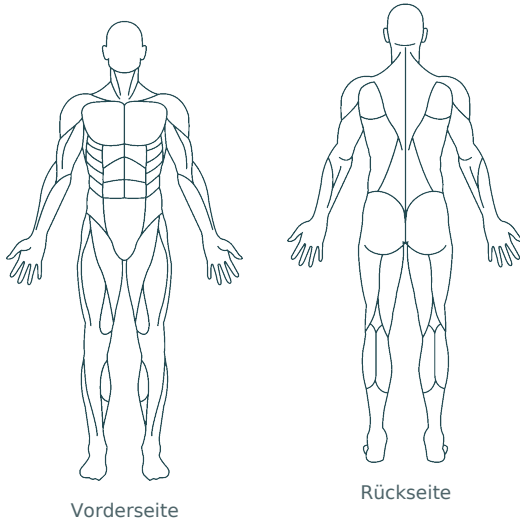
☐ Verwitwet

Beruf *

Ihre Beschwerden

An welchen Körperstellen haben Sie akut Beschwerden?

Bitte kreisen Sie die betroffenen Stellen ein.



Möchten Sie etwas zu den markierten Stellen ergänzen?

Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Bitte je Beschwerde eine Zeile, mit Angabe seit wann.

Welches Ereignis gab es vor Ihren jetzigen Beschwerden?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Erkrankung | ☐ Operation | ☐ Trauer |
| ☐ Kummer | ☐ Schreck | ☐ Hautprobleme |

Anderes Ereignis

Welche Therapien wurden bereits gegen Ihre Beschwerden verordnet?

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? *

Wenn keine: bitte „keine“ eintragen.

Welche Ärzte, Kliniken oder Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht, und mit welchem Ergebnis?

Welche Erwartungen haben Sie an meine Behandlung? *

Allgemeine Symptome

Unter welchen Symptomen leiden Sie? *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Mangelnde Konzentration | ☐ Müdigkeit und Erschöpfung | ☐ Verstärkte Reizbarkeit |
| ☐ Ängste | ☐ Schuldgefühle | ☐ Konflikte |
| ☐ Sehr schnelles Schwitzen | ☐ Schwitzen in der Nacht | ☐ Kalter Schweiß |
| ☐ Warmer Schweiß | ☐ Sehr schnelles Frieren | ☐ Kalte Füße |
| ☐ Kalte Hände | ☐ Keines davon | |

Weitere Symptome

Wie belastbar fühlen Sie sich? *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Sehr belastbar | ☐ Mäßig belastbar | ☐ Nicht belastbar |
|---|--|--|

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? *

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Nie | ☐ Selten | ☐ Häufig |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Wo und wann treten sie auf?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Stirn, Augen- und Schläfenregion | ☐ Hinterhauptregion | ☐ Morgens |
| ☐ Abends | ☐ Halbseitig | ☐ Doppelseitig |
| ☐ Links | ☐ Rechts | ☐ Wandernd von links nach rechts |
| ☐ Wandernd von rechts nach links | | |

Auslöser der Kopfschmerzen

Haare, Ohren, Nase, Augen

Leiden Sie unter Haarausfall? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- ☐ Kreisrunder Haarausfall ☐ Vereinzelter Haarausfall

Sonstiges

Haben Sie Probleme mit den Ohren? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- ☐ Mittelohrentzündung ☐ Ohrengeräusche ☐ Ohrendruck
- ☐ Schwerhörigkeit ☐ Schmerzen links ☐ Schmerzen rechts
- ☐ Schmerzen beidseitig

Sonstiges

Haben Sie Probleme mit der Nase? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- ☐ Operationen ☐ Nasennebenhöhlenentzündung ☐ Heuschnupfen
- ☐ Behinderte Nasenatmung ☐ Absonderungen wässrig ☐ Absonderungen eitrig
- ☐ Absonderungen grünlich

Sonstiges

Haben Sie Probleme mit den Augen? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- ☐ Bindehautentzündung ☐ Brille ☐ Kurzsichtig
- ☐ Weitsichtig

Sonstiges

Haben Sie Allergien? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja**

Allergien auf

Zum Beispiel Pollen, Hausstaub, Tierhaare, Metalle, Medikamente.

Sonstige Beschwerden

Mandeln und Schilddrüse

Haben Sie Probleme mit den Mandeln? *

☐ **Nein**

☐ **Ja**

seit _____

☐ Operation

☐ Häufige Mandelentzündungen

☐ Operation als Kind

Sonstiges

Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse? *

☐ **Nein**

☐ **Ja**

seit _____

☐ Operation

☐ Unterfunktion

☐ Überfunktion

☐ Vergrößerung

Sonstiges

Zähne und Kiefer

Haben Sie Probleme mit den Zähnen? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- ☐ Wurzelbehandelte Zähne ☐ Tote Zähne ☐ Parodontose oder Parodontitis
- ☐ Probleme mit Weisheitszähnen
- Sonstiges _____

Welche Zahnwerkstoffe wurden eingesetzt? *

- ☐ Amalgam ☐ Gold ☐ Titan
- ☐ Keramik ☐ Kunststoff ☐ Palladium
- ☐ Implantate ☐ Keine ☐ Weiß ich nicht

Wurden Amalgamfüllungen entfernt? *

- ☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich hatte nie Amalgam

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- ☐ Kiefergelenkschmerzen ☐ Geräusche beim Kauen ☐ Zähneknirschen
- ☐ Kiefergelenkblockaden
- Sonstiges _____

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne

Bitte kreisen Sie behandelte oder erkrankte Zähne ein. Falls Sie unsicher sind: einfach überspringen.

Das Diagramm zeigt zwei Zahnbögen: den Oberkiefer (oben) und den Unterkiefer (unten). Jeder Zahn ist mit einer Nummer beschriftet. Die Zähne sind in zwei Gruppen unterteilt: 'Rechts' (rechts) und 'Links' (links). Die Zähne sind als Kreise dargestellt, die in einer Reihe angeordnet sind. Die Zähne sind wie folgt nummeriert:

- Oberkiefer:** Rechts (18 bis 11) und Links (28 bis 11).
- Unterkiefer:** Rechts (48 bis 41) und Links (38 bis 31).

Die Zähne sind in zwei Gruppen unterteilt: 'Rechts' (rechts) und 'Links' (links). Die Zähne sind als Kreise dargestellt, die in einer Reihe angeordnet sind. Die Zähne sind wie folgt nummeriert:

Oberkiefer

Unterkiefer

Herz, Magen, Lunge, Leber

Haben Sie Probleme mit dem Herzen? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Druckgefühl | ☐ Rhythmusstörungen |
| ☐ Beklemmung | ☐ Stechen | ☐ Infarkt |
- Sonstiges _____
-

Haben Sie Probleme mit dem Magen? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| ☐ Sodbrennen | ☐ Appetitlosigkeit | ☐ Völlegefühl |
| ☐ Gastritis | ☐ Helicobacter | |
- Sonstiges _____
-

Haben Sie Probleme mit der Lunge? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ Asthma | ☐ Chronische Lungenerkrankung | ☐ Bronchitis |
| ☐ Atemnot | ☐ Häufig Husten | |
- Sonstiges _____
-

Haben Sie Probleme mit der Leber? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Fettleber | ☐ Entzündungen | ☐ Hepatitis |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
- Sonstiges _____
-

Haben Sie Probleme mit der Galle? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ☐ Steine | ☐ Operationen | ☐ Koliken |
| ☐ Fettunverträglichkeit | ☐ Druck im Oberbauch | |
- Sonstiges _____
-

Rücken, Beine, Arme

Haben Sie Probleme mit dem Rücken? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Schmerzen | ☐ Hexenschuss | ☐ Ischias |
| ☐ Verspannungen | ☐ Eingeschränkte Beweglichkeit | ☐ Myogelosen |
| ☐ Skoliose | ☐ Rheuma | |

Sonstiges _____

Besondere Belastungen für den Rücken

Haben Sie Probleme mit den Beinen? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ Schmerzen | ☐ Verletzungen | ☐ Krampfadern |
| ☐ Kalte Füße | ☐ Taubheitsgefühl | ☐ Kribbeln |
| ☐ Operationen | | |

Sonstiges _____

Haben Sie Probleme mit den Armen? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| ☐ Schmerzen | ☐ Verletzungen | ☐ Tennisellenbogen |
| ☐ Kribbeln | ☐ Kalte Hände | |

Sonstiges _____

Darm, Stuhlgang, Harn

Haben Sie Probleme mit dem Darm? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

☐ Infektionen

☐ Blinddarm-Operation

☐ Hämorrhoiden

☐ Blähungen

☐ Chronische Darmerkrankungen

☐ Polypen

☐ Reizdarm

☐ Verwachsungen

Sonstiges

Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

☐ Neigung zur Verstopfung

☐ Neigung zum Durchfall

☐ Kann Stuhl nicht halten

☐ Gefühl, nicht fertig zu werden

Sonstiges

Wie häufig haben Sie Stuhlgang? *

☐ Täglich

☐ Jeden zweiten Tag

☐ Unregelmäßig

Konsistenz

Riecht nach

Haben Sie Probleme mit dem Harn? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

☐ Viel Harn

☐ Wenig Harn

☐ Häufiger Harndrang

☐ Kann nicht halten

Sonstiges

Harn riecht nach

Haben Sie Probleme mit Niere oder Blase? *

☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____

☐ Nierensteine

☐ Entzündungen

☐ Häufige Entzündungen

Sonstiges

Haut und Nägel

Haben Sie Probleme mit Haut oder Nägeln? *

☐ **Nein**

☐ **Ja**

seit _____

☐ Pilze

☐ Eingewachsene Nägel

☐ Hautjucken

☐ Warzen

☐ Verbrennungen

☐ Narben

☐ Geschwüre

☐ Nagelbettentzündungen

Sonstiges _____

Haben Sie Probleme mit der Brustdrüse? *

☐ **Nein**

☐ **Ja**

seit _____

☐ Beschwerden

☐ Operationen

Sonstiges _____

Gynäkologie, Urologie, Sexualität

Haben Sie gynäkologische Probleme? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** ☐ **Trifft nicht zu** seit _____
- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| ☐ Schmerzen | ☐ Zysten | ☐ Eierstockentzündungen |
| ☐ Myome | ☐ Ausschabungen | ☐ Geschlechtskrankheiten |
| ☐ Tumore | ☐ Sterilisation | |
- Sonstiges _____
-

Geburten, wie viele

Fehlgeburten oder Abbrüche

Haben Sie Probleme mit Ihren Blutungen? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Hell | ☐ Dunkel | ☐ Braun |
| ☐ Klumpig | ☐ Regelmäßig | ☐ Unregelmäßig |
- Sonstiges _____
-

Erste Menses

Letzte Menses

Haben Sie urologische Probleme? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** ☐ **Trifft nicht zu** seit _____
- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Prostata vergrößert | ☐ Entzündungen | ☐ Beschwerden beim Urinieren |
| ☐ Geschlechtskrankheiten | ☐ Erektionsprobleme | |
- Sonstiges _____
-

Haben Sie Ausfluss? *

- ☐ **Nein** ☐ **Ja** seit _____
- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| ☐ Stark | ☐ Weiß | ☐ Gelb |
| ☐ Wundmachend | ☐ Färbt die Wäsche | |
- Sonstiges _____
-

Verhüten Sie? *

☐ **Nein**

☐ **Ja**

seit _____

☐ Antibabypille

☐ Spirale

☐ Hormonspritze

☐ Sterilisation

☐ Kondom

☐ Vasektomie

Sonstiges

Haben Sie Probleme mit Ihrer sexuellen Gesundheit? *

☐ **Nein**

☐ **Ja**

seit _____

☐ Verstärkt

☐ Vermindert

☐ Unbefriedigt

☐ Beschwerden beim
Geschlechtsverkehr

Sonstiges

Ernährung und Trinken

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig? *

	Nie	Selten	1 × pro Tag	Mehrmals täglich
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte	☐	☐	☐	☐
Kuchen	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Zucker	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐

Was trinken Sie?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| ☐ Wasser ohne Kohlensäure | ☐ Wasser mit Kohlensäure | ☐ Fruchtsäfte |
| ☐ Softdrinks | ☐ Tee | ☐ Kaffee |
| ☐ Milch | ☐ Bier oder Alkohol | |

Weitere Getränke

Wie viel trinken Sie täglich? *

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Unter 500 ml | ☐ Unter 1 Liter | ☐ Ca. 1-2 Liter |
| ☐ Über 2 Liter | | |

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? *

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Welche Richtlinien

Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelallergien? *

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Welche Nahrungsmittel

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern? *

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Wohnen und Schlafen

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Funkmasten in der Nähe | ☐ Überland- oder
Bahnoberleitungen in der Nähe | ☐ Bäche oder Flüsse in der Nähe |
| ☐ Schimmelpilzbelastung | ☐ Antiquitäten oder
Holzschutzmittel | ☐ Teppichböden |
| ☐ Mikrowelle | ☐ Ledermöbel | |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Wasserbett | ☐ WLAN | ☐ Schnurlose Telefone |
| ☐ Eingebauter elektrischer Motor | ☐ Elektrische Geräte auf Standby | |

Haben Sie Schlafprobleme? *

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Nein | ☐ Ja | seit _____ |
| ☐ Schlaflosigkeit | ☐ Unruhe in den Beinen | ☐ Probleme beim Einschlafen |
| ☐ Häufiges Erwachen | ☐ Sprechen im Schlaf | ☐ Zähneknirschen |
| ☐ Lebhaftige Träume | ☐ Nachtschweiß | ☐ Kalte Füße |
| ☐ Heiße Füße | | |

Sonstiges

Erwachen gegen (Uhrzeit)

Nächtliches Urinieren, wie oft

Wurde Ihr Schlaf- oder Arbeitsplatz baubiologisch untersucht? *

Gemeint ist eine Untersuchung auf Umweltgifte, Elektrosmog und Ähnliches.

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ Nein | ☐ Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Lebensgewohnheiten und Herkunft

Treiben Sie regelmäßig Sport? *

☐ Nein

☐ Ja

Welchen Sport, wie oft

Wurden Sie gestillt? *

☐ Nein

☐ Ja

☐ Weiß ich nicht

War Ihre Geburt eine natürliche? *

☐ Nein

☐ Ja

☐ Weiß ich nicht

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten? *

☐ Nein

☐ Ja

Krankengeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie gehabt? *

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Keuchhusten | ☐ Mumps | ☐ Masern |
| ☐ Windpocken | ☐ Röteln | ☐ Scharlach |
| ☐ Kinderlähmung | ☐ Malaria | ☐ Tetanus |
| ☐ Ruhr | ☐ Salmonellose | ☐ Syphilis |
| ☐ Tropenkrankheiten | ☐ Tuberkulose | ☐ Gonorrhoe (Tripper) |
| ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber | ☐ Keine davon | ☐ Weiß ich nicht |

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? *

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Tuberkulose | ☐ Geisteskrankheiten | ☐ Krebs |
| ☐ Geschlechtskrankheiten | ☐ Herzkrankheiten | ☐ Epilepsie |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Asthma | ☐ Gefäßerkrankungen |
| ☐ Diabetes | ☐ Rheuma | ☐ Gicht |
| ☐ Allergien | ☐ Steinkrankheiten | ☐ Schuppenflechte |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Keine davon | ☐ Weiß ich nicht |

Andere Krankheiten in der Familie

Welche Impfungen haben Sie erhalten? *

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Röteln | ☐ Polio (Kinderlähmung) | ☐ Tuberkulose (BCG) |
| ☐ Cholera | ☐ Gelbfieber | ☐ Diphtherie |
| ☐ Hepatitis | ☐ Hib | ☐ Tetanus |
| ☐ Pocken | ☐ Keuchhusten | ☐ Grippe |
| ☐ Masern | ☐ Mumps | ☐ Corona |
| ☐ Keine davon | ☐ Weiß ich nicht | |

Andere Impfungen

Welche Corona-Impfstoffe haben Sie erhalten?

Zum Beispiel BioNTech, Moderna, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Novavax.

Wie viele Corona-Impfungen haben Sie erhalten?

Gab es Reaktionen auf Impfungen? *

- ☐ Nein ☐ Ja

Welche Reaktionen

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt? *

☐ Nein

☐ Ja

Welche Antibiotika

Haben Sie Narben von Operationen? *

☐ Nein

☐ Ja

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen chronologisch, von Ihrer Kindheit bis heute

Vielen herzlichen Dank für das Ausfüllen. Ich gehe Ihre Angaben vor unserem Termin in Ruhe durch. Steht noch kein Termin fest, melde ich mich bei Ihnen. Für Anamnese und Untersuchung plane ich 60 Minuten ein.

Ist eine Blutabnahme oder eine Probe des ersten Morgenurins nötig, sage ich Ihnen rechtzeitig Bescheid – zusammen mit allem, was Sie dafür beachten sollten.

Bringen Sie bitte alle vorhandenen Unterlagen mit: Laborberichte, Arztbriefe, Befunde von Fachärzten, Tumormapass und Ähnliches.

Ihre Privatpraxis für Individual- und Präventivmedizin

Dr. med. Beate Knauer

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen nicht per E-Mail oder Fax – eine unverschlüsselte E-Mail ist auf ihrem Weg durch das Internet für Dritte lesbar. Bringen Sie ihn zum Termin mit oder nutzen Sie das verschlüsselte Formular auf der Website.