

Name: _____ **geb.am:** _____

Beruf: _____

Um Sie effizient und behutsam zu behandeln, können Sie den Behandlungsprozess durch das Ausfüllen des Anamnesebogens unterstützen. Dennoch ist es Ihre Entscheidung was und wie Sie beantworten. So wie Sie ihn ausfüllen ist es ok für mich. Wenn ich Informationen brauche werde ich nachfragen.

Hilfreich ist, wenn Sie

- Beschwerden chronologisch aufführen, d.h. in welchem Lebensjahr oder OP Daten etc.
- Arzt-/Unfall-/Reha-berichte oder Bilder können Sie gerne zum Ersttermin mitbringen

1. Risikofaktoren:

- **Derzeit eingenommene Medikamente** (Blutverdünner/Cortison..):

○ **Medikamentenallergien:** Ja Nein

○ **Epilepsie** Ja Nein **Asthma:** Ja Nein

○ **Fremdeiweiß vorhanden** (Organtransplantationen) Ja Nein

- **Künstliche Gelenke, Implantate, Schrittmacher/Stents** etc.:

- **Kurze stichwortartige Beschreibung der jetzigen Beschwerden:**

- **Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

- **Angenommen die Behandlung liegt hinter Ihnen - alles ist super gelaufen, und Sie sind einen Schritt weiter. Was ist in Ihrem Leben dann anders als zuvor?**

- **Was hätte ich zu diesem Erfolg beigetragen?**

- **Und worin sehen Sie Ihren Anteil am Erfolg?**

Probleme oder Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter oder Ihrer Geburt (wenn bekannt)

1. Waren Sie ein Wunschkind? ja nein **Sind Sie ein Zwilling?** ja nein

2. Wie ging es Ihrer Mutter in der Schwangerschaft mit Ihnen?

Gab es familiäre finanzielle gesundheitliche Probleme? ja nein

3. Wie sind Sie auf die Welt gekommen? _____

Sie sind das _____ Kind und haben _____ Geschwister: _____

4. Wie waren Sie als Kind? viel geschrien wenig geschlafen unauffällig

Auffällig: Was genau? _____

5. Gab es in den ersten 7 Lebensjahren einschneidende Erlebnisse? ja nein

z.B. Scheidung der Eltern, Verlust eines Elternteils oder Geschwister etc

Stillkind Flaschenkind

6. **Kinderkrankheiten** mit besonders schwerem Verlauf

7. **Erbliche Belastungen** (z.B. Gicht, Diabetes, Krebs, Schlaganfälle, Herzinfarkt)

8. **Welche Organe waren im Laufe des Lebens entzündet?**

9. **Fieberhafte /infektiöse Erkrankungen: (Corona, Auslandsaufenthalt)?**

10. **Waren sie besonderen chemischen Einflüssen im Laufe des Lebens ausgesetzt?** (z.B. Vergiftungen, Pflanzenschutzmittel, Chemotherapie oder Strahlentherapie)

11. **Spiegelungen?** Wo und wann und warum? (Magen, Darm, Bauch, Gelenk)

12. **Operationen:** (wenn möglich zeitlich nacheinander mit Jahreszahl

13. **Unfälle** (z.B. Auto oder Fahrradunfall, Stürze auf Kopf-Steißbein-Schleudertraumen-Umgeknickt-Treppe Glatteis etc.) !!wichtig!!

14. Allergien (Medikamente, Lebensmittel Pollenetc.)

15. Kopfschmerz/ Migräne (Häufigkeit, Lokalisation, Verteilung auf dem Kopf)



16. Ohrgeräusche : li re beidseitig durchgängig zeitweise

Veränderbar durch:

Bisher behandelt mit:

Wie gut hören Sie? Sehr gut normal nicht so gut lärmempfindlich

Hörgerät? Ja nein **Hörimplantat?** Ja nein Wann? _____

Gibt es: Schwankschwindel Drehschwindel Benommenheitsgefühl

17. Auge:

grauer Star grüner Star Operationen?:

trockene, brennende Augen tränende Augen lichtempfindlich

eingeschränktes Gesichtsfeld Doppelbilder

Brille? Gleitsicht Prismen Letzte Kontrolle: _____

18. Nase/Zunge: (Geschmacks-/ Geruchsempfinden, Schnupfen, Nasennebenhöhlenentzündungen,..)

Wie ist Ihre Stimme?: _____

Hals/Mandelentzündungen: _____

Lymphknotenschwellungen (irgendwo im Körper?) ja nein

Wo: _____

19. Lungenerkrankung (z.B. Bronchialerkrankungen/ Asthma/Atemnot)?:

ja nein welche:

20. Schilddrüse: (Über-/Unterfunktion, Hashimoto)

letzter TSH- Wert?: _____

21. Herzbeschwerden Blutdruck: _____ Puls: _____

Angeborene Herzfehler: ja welche: _____ nein

Rhythmusstörungen: ja nein

Koronare Herzkrankheiten/ Infarkte ja nein

Schrittmacher/Stent: ja nein seit : _____ Letztes
EKG: _____

22. Gibt es auffällige Blutwerte?:

nein ja, welche:

23. Neurologische Erkrankungen: (MS, Schlaganfall, Lähmungen, Parkinson, etc.)

Wann war was?

24. Verdauungsstörungen:

24.a. Magen Aufstoßen/Sodbrennen/Völlegefühle/Plätschern, Übelkeit, Krämpfe

24.b. Leber/Galle z.B. Fettunverträglichkeit/ Steine, Koliken

24.c Bauchspeicheldrüse oder Milz : Diabetes (Verletzungen, Prellung, Riss Milz)

ja nein

24.d Darm Durchfall, Verstopfung, ständig wechselnd, Farbe/ Form in letzter Zeit verändert, Krämpfe ..

Auslösbar durch Stress: ja nein

Blähungen: ja nein **Hämorrhoiden** ja nein

Divertikel, Polypen, Abzess, Fissuren, Darmpilze? ja nein

Sonstiges: _____

25. Ernährung

Heißhunger auf:

Trinkmenge _____ davon reines stilles Wasser: _____

26. Genussmittel

Anzahl **pro Tag:** ____ Bier ____ Wein ____ Schnaps

____ alkohol. Mixgetränke ____ Tassen Kaffee ____ Limonaden ____ Zigaretten

____ Schokolade/ Süßes ____ Salzgebäck ____ Kaugummi

27. Haut (Ekzeme, Nesselsucht, Hautjucken, Pilzerkrankungen, Ödeme, Schwellungen Schuppenflechte, Neurodermitis, Akne, unreine Haut, Pickel) **und Haare**

28. Schlaf Anzahl der Stunden: _____

Einschlafen: schnell schwierig oft selten

Durchschlafen: kein Problem nächtliches aufwachen um wie viel Uhr?: _____

Grund des Aufwachens: _____

Fühlen Sie sich ausgeschlafen und erholt?: ja nein

Machen Sie einen **Mittagsschlaf?** ja nein werktags am Wochenende

29. Niere/Blasenbeschwerden

Welche: _____

Steine ja nein **Blasenentzündungen:** ja nein

Nächtliches Wasserlassen: ja nein Häufigkeit: _____

Verlieren Sie **unkontrolliert Harn** (Husten, Niesen, Heben) ja nein

30. Gynäkologisch.

Sind Sie Schwanger? ja nein

Anzahl der Geburten _____ Wann: _____ / Fehlgeburten: _____

Anzahl+ Jahr: Kaiserschnitt: _____ Dammriss/Dammschnitt : _____

30.a.Eierstöcke, Gebärmutter, Brust :(Op`s, Entzündungen, Ausschabungen, Polypen, Myome, Cysten, Krebs):

Bzgl. OP: Wundheilung, Verzögerungen, Komplikationen:

30.b.Zyklus (Nur wenn noch vorhanden)

Zykluslänge: _____ Tage Blutungsdauer: _____

Die Regelblutung ist schwach

Beschwerden während des Zyklus (Schmerzen, Gewichtszunahme, prämenstruelles Syndrom..): _____

Brust: (Spannen, Entzündung, Krebs, Knoten, Krebs, etc.)

30.c.Wechseljahrsbeschwerden?:

ja welche?: _____

nein

30.d.Aktuell:

Hormoneinnahme: ja nein **Vorsorge:** ja nein

Verhütung: Pille Hormonspirale Kupferspirale Stäbchen _____

Besteht aktuell Kinderwunsch? ja nein

Beeinträchtigungen in der Sexualität ja nein

31. Bewegungsapparat

31.a Gelenkstörungen -Bewegungsstörungen

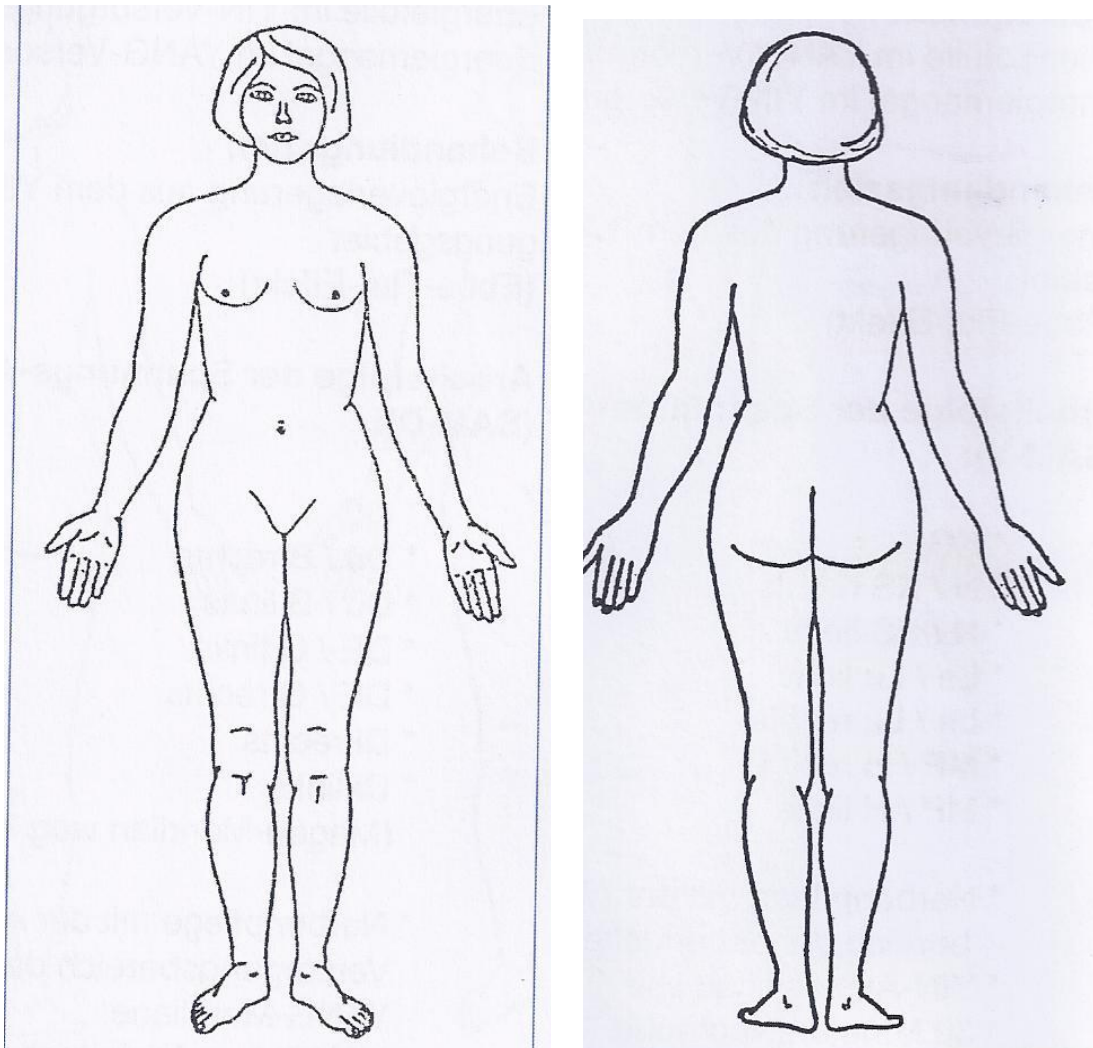
Welche Bewegungen fallen Ihnen schwer?

Schmerzen: ja nein Schmerzskala (0-10): _____

31.b Muskelschmerzen/Verspannungen (rot) einzeichnen

Taubheitsgefühle/Mißempfindungen (grün) einzeichnen

Narben blau (auch Impfnarben, Muttermale, Verbrennungen, Tattoo,Piercing) einzeichnen



32. Lebenssituation

32.a Familienstand: Ledig verheiratet Getrennt

Geschieden seit: _____ verwitwet seit: _____

mit Partner zusammenlebend Patch Workfamilie

Anzahl der Kinder: _____

32.b Beziehungen: Beschreiben Sie in drei – fünf Worten

- Wie ist/war Ihre Beziehung zur Mutter?
- Wie ist/war Ihre Beziehung zum Vater?
- Wie ist/war Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern?
- Wie ist die Beziehung zu Ihrem Partner/in?
- Wie ist die Beziehung zu Ihrem/Ihren Kind/ern?

32.c Welchen Platz nehmen Sie in Ihrer eigenen Familie ein?

32.d Haben/Hatten Sie ein Haustier? ja nein

32.e Berufliche Betätigung: Arbeiten Sie? : ja nein

- Überwiegende Tendenz zu: zu viel sitzend Stehend Gemischt
- _____(Stunden)/Arbeit am PC Home Office: Präsenz % _____:_____
- Schicht/Wochenenddienst: ja nein
- Umbruchphase/Umorientierung | Sind Sie an einem **Coaching** interessiert?
 Prüfungsstress | beruflich privat
- Wie fühlen Sie sich in ihrem beruflichen Umfeld?

33. Psyche/Emotionen:

33.a Stress (0= keiner; 10 = maximal) beruflich: _____ privat: _____

Können Sie Ruhe genießen ja nein

oder müssen Sie sich immer beschäftigen? ja nein

33.b. Psychische Belastbarkeit - Seelenfrieden:

- Zurzeit eingeschränkt: Konzentrationsfähigkeit Kurzzeitgedächtnis
- Sehen Sie sich als **Burnout** (erschöpft, leer) gefährdet? ja nein
- **deprimierte Verstimmung** ja nein
- **Ängste:** wenn ja vor:

• **momentanes überwiegendes Lebensgefühl:**

• **zehrende psychische Konflikte:**

• **Haben Sie etwas Traumatisches erlebt?**

• **Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?**

ja **Unter welcher Diagnose verlief die Psychotherapie?** nein

• **Was haben Sie dort für sich mitgenommen?**

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

ja **Diagnose?** nein

34. Gefühle:

- **Welche Emotionen beschäftigen Sie zurzeit?** frustriert, erfreut, wütend, verärgert, traurig, ängstlich, verzweifelt, unentschlossen, unsicher, ..

 - **Können Sie diese Gefühle zum Ausdruck bringen oder jemanden mitteilen?** ja nein **Was hindert Sie daran?**

 - **Wo spüren Sie diese Gefühle körperlich?:**
-

- **Nach welchen Gefühlen sehnen Sie sich?:**

- **Haben Sie Interesse daran Ihr**
 Einfühlungsvermögen zu verbessern oder eher lernen sich abzugrenzen?

35. Wie gehe ich mit Ihnen am besten um?

- **Angenommen Sie müssten mir einen kleinen Zettel mit Warnhinweisen für die Behandlung schreiben:**
-
- **Was sollte ich unbedingt in der Behandlung lassen oder nur mit größter Vorsicht tun/ansprechen?**
-
- **Woran erkenne ich Ihren Warnhinweis/Grenze/Nichteinverstanden sein?**
-
- **Woran erkenne ich, dass Sie sich in der Behandlung wohlfühlen?**
-

36. Hobbies

37. Sind Beschwerden abhängig von:

- **Der Jahreszeit?** ja nein

Was geht zu der Zeit gut oder wie fühlen Sie sich in dieser Zeit?

- **Zyklusabhängig?** ja nein welche Beschwerden sind dies:

- **Wetterabhängig?:** Welche Körperbereiche oder Narben reagieren auf den Wetterwechsel?
-

- **Tageszeit/Nachtzeitabhängig?** ja nein

Wann fühlen Sie sich wohl, leicht, kraft- und schwungvoll?:

Was geht zu der Zeit gut: _____

Wann fühlen Sie sich unwohl, schwer, energielos, bedrückt?:

Welche Beschwerden tauchen zu der Zeit auf:

- **Mahlzeitenabhängig?**

vor dem Essen während des Essens nach dem Essen

Welche Beschwerden: _____

- **Belastungsabhängig?:**

mehr im Liegen mehr im Gehen mehr im Stehen

mehr im sitzen (lange Autofahrten) mehr beim Heben oder Bücken

Welche Beschwerden sind dies?:

38. Zähne:

- a. **Knirschen oder pressen** sie mit den Zähnen? ja nein
- b. Haben Sie eine **Aufbisschiene**? ja nein
- c. **Verletzung der Zähne** durch z.B. Sturz oder Unfall ja nein
- d. **Operationen:**(Lippen, Gaumenspalte, Zungenbändchen ,etc.) ja nein
- e. **Wurzelbehandelte** Zähne: Tote Zähne: **Entfernte** Zähne:
- f. **Kieferorthopädische Behandlung:** ja nein
- g. Tragen Sie eine **Zahnprothese, Brücken, Implantate:** ja nein
- h. **Auf welcher Seite kauen Sie?** Rechts Links **Warum?** Was ist auf der anderen Seite nicht so bequem oder angenehm?

39. Wie erklären Sie sich Ihre Beschwerden?

40. Was haben Sie bisher selbst unternommen und mit welchem Erfolg?

41. Was hat Ihnen den Impuls gegeben, sich ausgerechnet jetzt für eine Behandlung bei mir zu entscheiden?

42. Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Empfehlung von _____ Internet Facebook Praxisschild

Nun haben Sie es geschafft !!

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben die Fragen zu beantworten. In unserem ersten Termin werde ich diesen Anamnesebogen mit Ihnen durchsprechen und Sie gründlich untersuchen.

Danach erkläre ich Ihnen wie Ihre Beschwerden möglicherweise zusammenhängen können und stelle Ihnen eine mögliche Strategie vor.

Dann können Sie entscheiden, was Ihnen aktuell am wichtigsten ist und an welchem Behandlungs- oder Coaching Weg Sie Interesse haben.

Imke Götz