

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Auf den folgenden Seiten haben wir die wichtigsten Fragen bezüglich Ihrer Behandlung zusammengestellt. Bitte lesen Sie die Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie sie so genau wie möglich. Auswahlmöglichkeiten sind mit  gekennzeichnet, die Sie bitte ankreuzen. Nichtzutreffendes streichen Sie bitte durch.

Bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen bitte zu Ihrer ersten Untersuchung mit. Dort werden alle Angaben mit Ihnen besprochen.

Natürlich können Sie uns den Anamnesebogen auch schon vorab per Fax an die oben genannte Nummer zusenden.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

### ❖ Allgemeine Angaben

Name: ..... Vorname: .....

Straße/Nr.: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Geburtstag: .....

Sonst. Telefon: ..... männlich  weiblich

Krankenkasse: ..... Beihilfeberechtigt: Ja  Nein

Beruf: ..... eMail: .....

Sport / Hobbys: .....

Aktuelle Medikamente: .....

Hausarzt: ..... Telefon: .....

Facharzt: ..... Telefon: .....

Therapeut: ..... Telefon: .....

Empfehlung durch .....

## ❖ Familienkrankheiten

### Gibt es in Ihrer Familie erbliche Vorbelastungen?

(Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Diabetes, Hautkrankheiten)

Mutter: .....

Vater: .....

Sonst. Fam.Mitglieder: .....

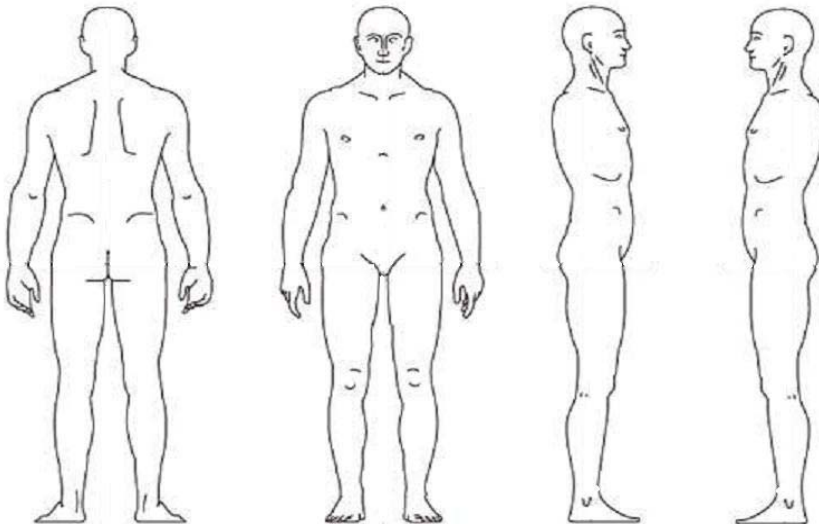
### Gibt es nichterbliche Belastungen?

Mutter: .....

Vater: .....

Sonst. Fam.Mitglieder: .....

## ❖ Hauptsächliche Beschwerden



Bitte tragen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen mit einem Kreuz, sowie alle Narben mit einem Kreis ein.

Vergessen Sie auch kleine Narben nicht.

### Was sind Ihre Hauptsächlichen Beschwerden?

.....  
.....  
.....

**Seit wann haben Sie diese Beschwerden und wie äußern sie sich?**

.....  
.....  
.....

**Beschreiben Sie bitte die Art und Weise Ihrer Schmerzen.**

*(stechend, brennend, bohrend, reißend, klopfend, drückend,...)*

.....  
.....  
.....

**Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf?**

.....  
.....  
.....

**Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?**

.....  
.....  
.....

**Wie ist Ihr Befinden in dieser Situation?**

*(traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert,...)*

.....  
.....  
.....

**Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?**

*(Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung,...)*

.....  
.....  
.....

**Werden Sie nachts wach und wenn ja, zu welcher Uhrzeit?**

.....  
.....  
.....

## Wie ist Ihr Stuhlgang?

(regelmäßig, unregelmäßig, Konsistenz fest, dünn, weich, wässrig)

.....  
.....  
.....

## Trinken Sie Kaffee oder Tee? Wie viel?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Trinken Sie Wasser oder Säfte? Wie viel?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ❖ Beschwerden im Kopf-, Hals-, Kiefer- und Zahnbereich

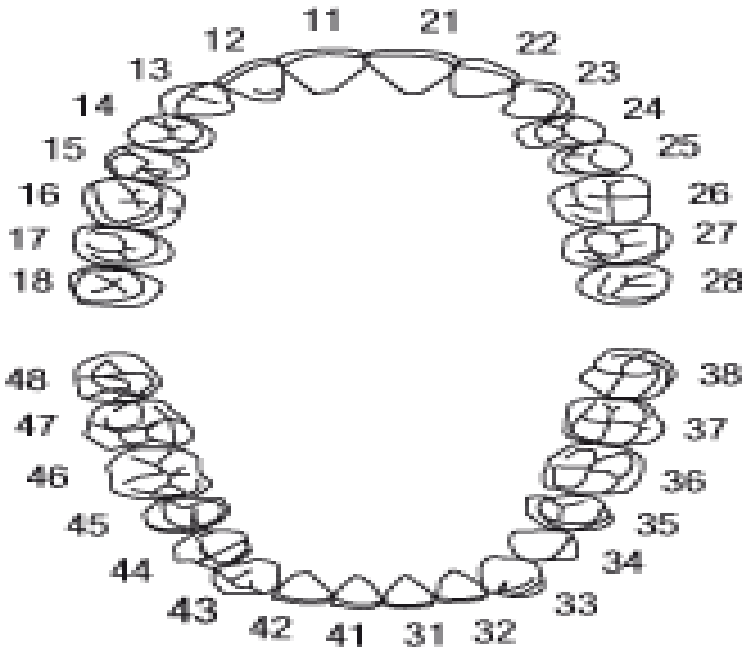
### Hatten oder haben Sie Kopfverletzungen?

.....  
.....  
.....

### Sonstige Beschwerden im Kopf- und Halsbereich?

- |                   |                          |                            |                      |                          |                            |
|-------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Mandeln:          | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> | Ohren                | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Nasennebenhöhlen: | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> | Mittelohrentzündung: | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Schilddrüse:      | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> | Schluckbeschwerden:  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

## Hatten oder haben Sie Beschwerden im Bereich der Zähne oder des Kiefer?



Oberkieferreihe rechts:  
 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Oberkieferreihe links:  
 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

Unterkieferreihe rechts:  
 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Unterkieferreihe links:  
 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

- Zähne: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Kronen: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Implantate: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Brücken: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Prothesen: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Wurzeln: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Lücken: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....
- Weisheitszähne: ..... OP: .....
- Milchzähne: ..... Kariös: .....

## ❖ Chronische Entzündungen und/oder Reizzustände

- Ohrlöcher: Ja  Nein  Akne: Ja  Nein
- Herpes: Ja  Nein  Furunkel: Ja  Nein
- Windpockennarben: Ja  Nein
- OP-Narben: Ja  Nein  Wenn Ja, wo? .....

# Marion Schüssler

Praxis für Physiotherapie und ganzheitliche Therapieformen

Luisenstraße 9  
35641 Schöffengrund  
Tel.: (0 64 45) 92 32 36  
Fax: (0 64 45) 92 32 37  
www.marion-schuessler.de  
marion.schuessler@t-online.de

## Wie ist das Gefühl der Narben?

(neutral, schmerzt, spannt, juckt,...)

.....  
.....  
.....

## Hatten oder haben Sie psychosomatische Probleme? Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Werden Sie psychologisch betreut? Haben Sie eine Therapie gemacht?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Kreuzen Sie bitte nachfolgend an, was auf Sie zutrifft bzw. streichen Sie, was nicht zutrifft.**

(Die linken  sind für frühere Beschwerden, die rechten  beziehen sich auf gegenwärtige Beschwerden. Sollten frühere Beschwerden aktuell noch bestehen, kreuzen Sie bitte sowohl die linken als auch die rechten  an.)

## Allgemeines

- Kopfschmerzen: tägl./wöchentl./monatl.  
Wo lokalisiert? .....
- Schlaflosigkeit
- Probleme mit dem Einschlafen
- Gewichtsveränderung: Zunahme/Abnahme
- Schwindel
- Müdigkeit: ständig/morgens/mittags/abends
- Doppeltes/verschwommenes Sehen
- Allergien: .....  
.....  
.....

- Darmentzündungen
- Verstopfung
- Durchfall
- Trockener Mund
- Blähungen, aufgetriebener Bauch
- Übelkeit
- Darmblähungen
- Bauchschmerzen/Krämpfe
- Bauchrumoren
- Sodbrennen/Aufstoßen
- Blutungen
- Sonstiges: .....

## Atemwege/Hals-Nasen-Ohren

- Atemnot
- chronischer Husten
- chronische Erkältung
- Asthma
- Halsschmerzen/Halsentzündungen
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- Ohrensausen

## Haut

- Ekzem/Ausschlag
- schnell blaue Flecken
- trockene Haut/Schwitzneigung
- Jucken, Juckreiz
- spröde Fingernägel
- Haarausfall/spröde Haare

## Herz und Blutgefäße

- hoher/niedriger Blutdruck
- geschwollene Drüsen
- Adernverkalkung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerz/Brustbeklemmung
- Herzklopfen
- kalte Hände/Füße
- Krampfadern
- aufgedunsen sein

## Verfassung

- nervös
- depressiv
- überempfindlich
- Konzentrationsverlust
- vergesslich
- ängstlich
- ständig grübelnd
- lustlos
- in sich hineinfressend
- ohne Selbstvertrauen
- traurig, niedergeschlagen
- unentschlossen
- irritiert
- Hitzewallungen
- Sonstiges: .....

## Nieren/Harnleiter

- Nierenentzündung/Nierensteine
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Prostataschmerzen
- Blasenentzündung
- Urinveränderungen

## Magen-/Darmtrakt

## Muskeln/Gelenke

- gespannte/weiche Muskeln

- Kreuzschmerzen
- Nackenschmerzen
- Kribbeln/Ausstrahlungen
- Gelenkschmerzen
- Muskelschmerzen/Krämpfe
- Bewegungseinschränkungen
- Rheuma

### nur Frauen

Alter bei erstmaliger Menstruation: ..... Jahre

Schwanger: Ja  Nein

- schmerzhafte Menstruation
- unregelmäßige Menstruation
- anhaltende Menstruation
- schmerzhafte Brüste
- prämenstruelles Syndrom
- weißer Ausfluß (Fluor Albus)

## ❖ Krankheitsgeschichte

Bitte soweit Sie sich erinnern in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht? Bitte auch kleinere Probleme wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperationen oder Ekzembhandlungen aufführen.
2. Kinderkrankheiten auflisten.
3. Eventuell Schwangerschaft/en und deren Verlauf angeben.
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression) können auch von Bedeutung sein.
5. Besuch im Ausland (außerhalb Europa).

Alter	Beschreibung
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....



# Marion Schüssler

Praxis für Physiotherapie und ganzheitliche Therapieformen

Luisenstraße 9  
35641 Schöffengrund  
Tel.: (0 64 45) 92 32 36  
Fax: (0 64 45) 92 32 37  
www.marion-schuessler.de  
marion.schuessler@t-online.de

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Was war Ihre schlimmste Krankheit in Ihrem Leben?**

.....  
.....  
.....

**Welche Krankheit, welcher Unfall, welche Operation war der/die letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?**

.....  
.....  
.....

**Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei stärkerer physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderung, Fieber, Menstruation,...? Wenn Ja, wann?**

.....  
.....  
.....

**Verschlimmerung von:**

.....  
.....  
.....

Vielen Dank für Ihre Mühen

*Marion Schüssler*