

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.



Pat.-Name:

1. Was führt Sie in unsere Praxis? Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell und seit wann bestehen diese?

2. Bisherige Diagnosen:

3. Bisherige Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel:

4. Leiden Sie an Allergien?

☐ nein ☐ ja, folgende:

5. Welche größeren Untersuchungen wurden in den letzten 2 Jahren bei Ihnen vorgenommen (u.a. CTs, MRTs, Magen- oder Darmspiegelungen etc.)?

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.



6. Wie ernähren Sie sich bisher?

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Zwischen-
Mahlzeiten:

7. Vermeiden Sie bestimmte Nahrungsmittel oder sind Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?

8. Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert? Gewichtszunahme oder Abnahme?

9. Leiden Sie unter Beschwerden im Zusammenhang mit der Verdauung? (Bauchschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Magenschmerzen, Völlegefühl o.ä.?)

10. Wie oft und welchen Alkohol trinken Sie?

ANAMNESEBOGEN



Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.

11. Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?

☐ ja, ich rauche ☐ ja, ich habe früher geraucht ☐ nein

12.1. Wie oft pro Tag/pro Woche haben Sie Stuhlgang?

12.2. Wie sieht die Farbe Ihres Stuhlgangs (meistens) aus?

☐ hellbraun ☐ braun ☐ dunkelbraun ☐ manchmal fast farblos/beige

12.3. Ist Ihr Stuhlgang in der Regel:

☐ geformt ☐ zu fest/hart ☐ eher breiig/weich ☐ Durchfall

12.4. Schwimmt Ihr Stuhlgang in der Toilette oft oben auf dem Wasser?

☐ ja ☐ nein

12.5. Befinden sich oft noch unverdaute Bestandteile in Ihrem Stuhlgang?

☐ ja ☐ nein

12.6. Ist Ihr Stuhlgang manchmal?

☐ schwarz ☐ blutig

13. Treiben Sie Sport? Welche Sportart und wie oft?

14. Was machen Sie beruflich?

Arbeiten Sie: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtarbeit

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.



Haben Sie beruflich mit Schadstoffen/Schwermetallen zu tun?

☐ ja ☐ nein

Empfinden Sie Ihre Arbeit als:

☐ zu schwer ☐ genau richtig ☐ Unterforderung

Haben Sie beruflich/privat erheblichen Stress?

Beruflich: ☐ ja ☐ nein

Privat: ☐ ja ☐ nein

Bei Kindern: Besucht Ihr Kind folgende Einrichtung?

☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Schule

Wie kommt Ihr Kind dort zurecht?

15. Bitte schildern Sie Ihre Lebens-/Wohnsituation. Mit wem leben Sie zusammen?

Haben Sie: ☐ Kinder ☐ Pflegebedürftige ☐ Angehörige ☐ Haustiere

16. Zahnstatus: Haben Sie

☐ Zahnkronen/Teilersa ☐ Implantate ☐ Zahnfüllungen
☐ Fissurenversiegelung der Backenzähne

Wenn bekannt, welche und seit wann?

Wurde Zahnersatz getauscht?

☐ ja ☐ nein

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.



17. Gab es bisher Operationen? Welche und wann?

18. Hatten Sie Unfälle in Ihrem Leben? (Auch kleinere, z. B. Treppenstürze, Sturz vom Wickeltisch, kleinere Auffahrunfälle)

19. Sind Viruserkrankungen bei Ihnen bekannt? (Dazu gehören: Lippenherpes, Gürtelrose, Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV), Papillomaviruserkrankung (positiver PAP-Test beim Gynäkologen)

20. Ist eine Borreliose bei Ihnen bekannt?

☐ ja ☐ nein

21. Wie schlafen Sie?

☐ ich schlafe gut ein ☐ ich schlafe gut durch
☐ ich schlafe nicht gut ein ☐ ich schlafe nicht gut durch
☐ ich habe Alpträumen ☐ nächtliches Schwitzen

Leiden Sie unter: ☐ nächtliches Herzrasen *oder dem sog.* ☐ Restlesslegs-Syndrom?

Wenn Sie nachts wach werden,
zu welcher Uhrzeit?

Nehmen Sie Schlafmittel (auch pflanzliche), wenn ja welche?

ANAMNESEBOGEN



Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.

Wann gehen Sie abends zu Bett?

22. Bei Kindern: besteht nächtliches Einnässen?

☐ ja ☐ nein

23. Leiden Sie an Inkontinenz?

☐ ja ☐ nein

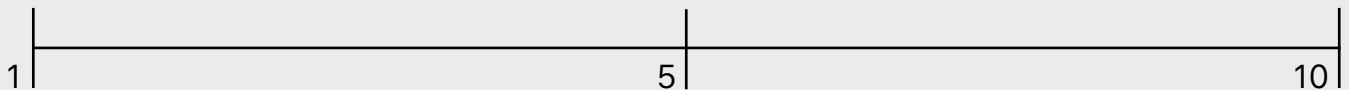
24. Fühlen Sie sich tagsüber fit?

☐ selten/gar nicht ☐ den ganzen Tag ☐ nur zu bestimmten Zeiten:

Brauchen Sie zwingend einen Mittagsschlaf?

☐ ja ☐ nein

25. Wo ordnen Sie sich aktuell tagsüber in Ihrer Kraft und Energie ein auf einer Skala von 1 - 10? (1 = fast keine Energie mehr, 10 = volle Kraft)



23. Wie fühlen Sie sich auf einer Skala von 1 - 10? (1 = gar nicht/nie, 10 = sehr stark/oft)

- ☐ Deprimiert
- ☐ Ängstlich
- ☐ Aggressiv
- ☐ nervös/innerlich unruhig
- ☐ müde
- ☐ Gefühl, als wäre ich gar nicht richtig „da“
- ☐ unkonzentriert
- ☐ ungeduldig
- ☐ zufrieden mit meinem Leben

27. Ich habe Schmerzen an folgenden Stellen: (1 = schwach, selten; 10 = stark, oft)

ANAMNESEBOGEN



Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus! Die Informationen dienen dazu eine gezielte und individuelle Diagnose sowie Therapieplanung zu ermöglichen.

28. Befinden sich nachts elektronische Geräte in Ihrem Zimmer/am Bett?
(Smartphone/Fernseher)

☐ ja ☐ nein

29. Ist Ihnen nach Flugreisen oft übel oder leiden Sie anschließend noch Stunden/Tage an Unwohlsein?

☐ ja ☐ nein

30. Verursachen folgende Gerüche bei Ihnen Übelkeit/Unwohlsein/
körperliche Schwäche/Benommenheit?

☐ Parfüm ☐ Möbelhaus/Teppichabteilung
☐ Tankstelle ☐ Zigarettenrauch

31. Gibt es familiäre Vorerkrankungen/Belastungen?

(z.B. Allergien, Schilddrüsenerkrankungen, Gallen-/Leberprobleme,
Bluthochdruck, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Tumorerkrankungen)

Bitte senden Sie diesen Bogen vollständig ausgefüllt 14 Tage vor Ihrem Ersttermin an die folgende Mailadresse:

mail@dr-marzena-voelkel.de

oder per Post an:

Medizinisches Zentrum am Klinikum
Dr. med. Marzena Voelkel (2.OG)
Flurweg 13
32457 Porta Westfalica