

DIPLOM BIOLOGE

DR. MED. J. MEYER- TESCHENDORF

ARZT FÜR ORTHOPÄDIE- ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

---

SPORTMEDIZIN- AKUPUNKTUR- NATURHEILVERFAHREN- ERNÄHRUNGSMEDIZIN



**SANFTE ORTHOPÄDIE**  
WISSENSCHAFTLICH & GANZHEITLICH

## ANAMNESE FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus und bringen ihn zum ersten Termin mit.

Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Vorname \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtstag \_\_\_\_\_  
Körpergröße \_\_\_\_\_  
Gewicht \_\_\_\_\_

DUISBURGER STR. 475 - 45478 MÜLHEIM / SPELDORF

TELEFON 0208/94 137 444

[www.sanfte-orthopaedie.de](http://www.sanfte-orthopaedie.de)

-1-

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?**

Ordnen Sie die Beschwerden nach ihrer Wichtigkeit.

1. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?**

---

---

**Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?**

---

**Wie war der Erfolg ?**

- sehr gut
- gut
- mäßig
- schlecht
- sehr schlecht

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?**

- Eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Verletzung, Unfall
- Operationen
- Hautausschläge
- andere : \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

---

---

## Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

### Krankheitsgeschichte

#### Chronologische Krankheitsgeschichte

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

---

---

---

---

#### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- |   |   |   |                                      |                                     |
|---|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern                     | <input type="checkbox"/> Mumps                | <input type="checkbox"/> Röteln                 | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Scharlach                  | <input type="checkbox"/> Tetanus              | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung ( Polio) | <input type="checkbox"/> Malaria     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose               | <input type="checkbox"/> Ruhr                 | <input type="checkbox"/> Syphilis               | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |                                     |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe ( Tripper) |   |                                      |                                     |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten          |   |   |                                      |                                     |

#### Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja     nein    Falls ja, welche wurden eingesetzt? \_\_\_\_\_

#### Haben Sie Narben von Operationen ?

- ja     nein

#### Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten ?

- ja     nein

#### Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt ?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs             | <input type="checkbox"/> Tuberkulose       | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie         | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall       |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Rheumatismus       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |  | <input type="checkbox"/> Gicht              | <input type="checkbox"/> Allergien            |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte   |  | <input type="checkbox"/> Neurodermitis      | <input type="checkbox"/> _____                |

-3-

### Impfungen

#### Welche Impfungen haben Sie bekommen ?

- |   |                                     |  |                                  |
|---|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose ( BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Polio) |                                  |
| <input type="checkbox"/> Cholera            | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gelbfieber            | <input type="checkbox"/> Tetanus |

- Hepatitis                       Pocken                       Keuchhusten                       Grippe  
 Masern                       Mumps                       andere: \_\_\_\_\_

**Gab es Reaktionen auf Impfungen ?**

- Fieber  
 Krämpfe  
 Unruhe  
 Schlaflosigkeit  
 Verhaltensveränderungen

**Wohnung**

**Wie ist Ihre Wohnung beschaffen ?**

- Funkmasten in der Nähe                       Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe  
 Bäche, Flüsse i. d. Nähe                       Schimmelpilzbelastung  
 Antiquitäten/Holzschutzmittel                       Teppichböden                       Mikrowelle

**Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?**

- schnurloses Telefone/ Internet                       elektrische Geräte standby                       Wasserbett  
 eingebauter elektrischer Motor

**Wie ist Ihr Schlaf?**

- häufiges Erwachen                       nächtliches Wasserlassen  
 Schwierigkeiten beim Wiedereinschlafen                       Unruhe in den Beinen  
 Sprechen im Schlaf                       Nachtschweiß  
 heiße Füße                       Zähneknirschen                       lebhaft Träume

**Kopf**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

- häufig                       selten                       nie                       Stirn- Augen- Schläfenregion  
 Hinterhauptregion                       morgens                       abends                       halbseitig  
 links                       rechts                       doppelseitig                       wandernd von links nach rechts  
 wandernd von rechts nach links

**Auslöser der Kopfschmerzen :** \_\_\_\_\_

**Was verbessert?** \_\_\_\_\_

**Was verschlechtert?** \_\_\_\_\_

**Haare:**

Haarausfall     kreisrunder     vereinzelter     seit wann : \_\_\_\_\_

**Augen:**

Bindehautentzündung     kurzsichtig     weitsichtig     sonstige Beschwerden  
 Brille seit \_\_\_\_\_

**Ohren:**

Schmerzen links                       Schmerzen rechts                       beidseitig                       Mittelohrentzündung  
 schwerhörig                               Ohrengeräusche                       Ohrendruck

**Zähne/Kiefer:**

Häufige Zahnarztbesuche  
 Erweiterter Durchbruch der Weisheitszähne                       Wurzelbehandelte Zähne  
 Tote Zähne                                       Empfindliche Zähne auf  heiß     kalt

**Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?**

ja     nein

**Zahnfüllmaterial:**

Amalgam     Gold                       Titan                       Kunststoff                       Keramik                       Palladium

-5-

**Nase:**

Operationen                       Heuschnupfen                       Allergien auf \_\_\_\_\_  
 behinderte Nasenatmung                       Nase verstopft

**Absonderungen?**

wässrig                               schleimig                               eitrig                               grünlich  
 häufig Nasennebenhöhlenentzündung

**Mandeln:**

Operationen                       häufig Mandelentzündung                       als Kind  heute

**Schilddrüse:**

- Überfunktion       Unterfunktion       Vergrößerung       Operation

**Brust - Bauch - Rücken****Brustdrüse**

- Beschwerden     Operationen

**Niere/ Blase**

- Nierensteine     Entzündungen

**Herz**

- Beschwerden       Stechen       Druckgefühl       Infarkt  
 Beklemmung       Herzrhythmusstörung

**Harn**

- viel                   wenig                   häufig                   kann nicht halten  
 Geruch nach \_\_\_\_\_

**Lunge**

- Bronchitis                   häufig Husten                   Atemnot

**Darm**

- Infektionen                   Hämorrhoiden                   Blinddarmoperation  
 Blähungen, Geruch nach \_\_\_\_\_

**Leber**

- Entzündungen                   Hepatitis

**Galle**

- Steine                   Koliken                   Operationen                   Druck im Oberbauch  
 Fettunverträglichkeit

-6-

**Magen**

- Völlegefühl                   Gastritis                   Appetitlosigkeit                   Nahrungsmittelallergie

**Rücken**

- Schmerzen                   Hexenschuss                   Ischias  
 Skoliose

**Stuhlgang**

- täglich                   jeden 2. Tag                   unregelmäßig

**Konsistenz des Stuhls**

- hell                   dunkel                   übel riechend                   hart  
 knollig                   weich                   schmierig                   pastenartig  
 kann Stuhl nicht halten                   Gefühl nicht fertig zu werden

**Arme**

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellenbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

**Beine**

- Schmerzen
- Krampfadern
- Operationen
- Verletzungen
- kalte Füße
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl

Allergien \_\_\_\_\_

**Rücken**

- Beweglichkeit
- Verspannungen
- Belastungen
- Rheuma

**Haut/Nägel**

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen

**Gynäkologisch**

**Ausfluß :**

- keinen
- stark
- weiß
- gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche
  
- Schmerzen
- Eierstockentzündung
- Ausschabungen

**Menses**

**Wann war die erste Menses?**

\_\_\_\_\_

**Wann die letzte?**

\_\_\_\_\_

**Blutungen sind :**

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig





Kalte Hände       Kalte Füße

**Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?**

sehr belastbar    mäßig belastbar       gar nicht belastbar

**Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?**

sehr gut       gut       mäßig       schlecht

**Haben Sie einen Partner (in)?**

ja     nein

**Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner (in)?**

sehr gut     gut     mäßig       schlecht

**Sind Sie glücklich?**

ja     nein

**Ernährung**

**Wie viel Liter trinken Sie täglich ?** \_\_\_\_\_

**Was trinken Sie?** \_\_\_\_\_

**Welche Nahrungsmittel essen Sie?**

Milchprodukte       Süßigkeiten       Weißmehlprodukte       Kuchen  
 Eier       Zucker       Nüsse

-9-

**Auf welche Lebensmittel können Sie schwer verzichten?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verlangen nach :**

Süß       Sauer  Pikant  Bitter       Salzig       Scharf  
 Fleisch       Eier       Obst       Nikotin       Alkohol

**Abneigungen gegen:**

Süß       Sauer       Pikant       Bitter       Salzig       Scharf  
 Fleisch       Eier       Fett       Alkohol

**Nahrungsmittelallergien auf** \_\_\_\_\_

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**       ja     nein

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Wurden Sie gestillt?**       ja     nein

**War Ihre Geburt eine natürliche?**       ja     nein

**Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer**

**Hilfe zu verbessern ?**       ja     nein

*„Wer Heute etwas für seine Gesundheit tut*

*Bewahrt sie für morgen „*

[www.sanfte-orthopaedie.de](http://www.sanfte-orthopaedie.de)