

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

-1-

Beschwerden

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