



Anamese Fragebogen für Erwachsene Teil 1

Um Ihnen und mir bei der Anamnese Zeit zu ersparen, möchte ich Sie bitten, sich Notizen zu den folgenden Fragen zu machen und zum ersten Termin mitzubringen. Die Fragen betreffen nicht Ihre aktuellen Beschwerden, deretwegen Sie sich in Behandlung begeben, sondern die Vergangenheit. Daher kann es zur Beantwortung mancher Fragen von Vorteil sein, Ihre Eltern oder andere Verwandte zu Rate zu ziehen.

Dieser Bogen dient lediglich einer Vorbereitung, die unser erstes Gespräch unterstützen kann. Falls Ihnen die ein oder andere Frage schwer fällt zu beantworten, lassen Sie es mich wissen! Wir werden im Erstgespräch alle Informationen, die für die Diagnose wichtig sind, gemeinsam herausfinden.

1. Familienvorgeschichte

Gab es in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, Großonkel, -tanten, Geschwister) folgende Krankheiten:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gürtelrose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis (Ekzeme) |
| <input type="checkbox"/> Warzen gehäuft | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Selbstmord |
| <input type="checkbox"/> Geistes - und Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> Süchte | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Steine, (Galle, Niere) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Leber-, Galle-, Nierenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Malaria | |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | |

Andere Krankheiten:

Wie alt sind bzw. wurden Ihre Eltern, und welche Krankheiten sind Ihnen von Ihren Eltern bekannt?

Welche Krankheiten sind Ihnen von Ihren Großeltern bekannt ?



Anamnese Fragebogen für Erwachsene Teil 2

2. Eigene Vorgeschichte (möglichst mit Zeitangaben):

Gab es in Ihrer Kindheit irgendetwas Besonderes ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen | <input type="checkbox"/> Würmer | <input type="checkbox"/> Milchschorf |
| <input type="checkbox"/> Verstopfungen | <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Zahnungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> auffällige Verhaltensweisen (Ängste) | <input type="checkbox"/> spätes Laufen- oder Sprechenlernen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsauffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten | |

Wissen Sie von dem Verlauf der Schwangerschaft Ihrer Mutter, etwas von Ihrer Geburt und Stillzeit? Wenn ja, gab es irgendwelche Störungen?

Welche dieser Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Rachitis | <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Ruhr |
| <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Parathyphus | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe |
| <input type="checkbox"/> Syphilis | <input type="checkbox"/> Trichomonaden | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Lungen- oder Rippenfellentzündung | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Anginen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Grippe |
| | <input type="checkbox"/> Nieren-, Blasen-, Harnröhrentzündung | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |

Welche war die erste Infektionskrankheit?

Welche Impfungen haben Sie bekommen:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Serum |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> andere | |

Ist die Pockenimpfung angegangen; kräftige Narbe?

Wie haben Sie die Impfungen vertragen ? (evtl. Impfpass mitbringen!)



Anamese Fragebogen für Erwachsene Teil 3

Wann und wieso wurden Sie geröntgt?

Gab es bei Ihnen in den folgenden Bereichen schon einmal krankhafte Erscheinungen oder gibt es sie noch? Außer den Beschwerden deretwegen Sie zu mir kommen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Ohren |
| <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Kiefer |
| <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Mandeln |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Lunge |
| <input type="checkbox"/> Bronchien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Geschwüre |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Gallenblasenentzündung | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Milz |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Blase | <input type="checkbox"/> Harnröhre | <input type="checkbox"/> Eierstock |
| <input type="checkbox"/> Brüste | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Haare |
| <input type="checkbox"/> Nägel | <input type="checkbox"/> Muskeln | <input type="checkbox"/> Gefäße |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Knochen | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Drüsen | <input type="checkbox"/> Blut (z.B. Anämie, Blutwerte) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Nerven |
| <input type="checkbox"/> Gemüt | | |

Welche anderen Erkrankungen hat es bei Ihnen gegeben ? z.B. Krebs, Lymphdrüenschwellungen oder -entzündungen, Erfrierungen, Allergien, Medikamentenempfindlichkeit oder anderes ?

Mit welchen Hautkrankheiten hatten Sie zu tun ? z.B. Krätze, Ekzeme, Pusteln, Pickel, Akne, Herpes, Flechten, Rundflechte, Furunkel, Warzen oder anderes ?

Welche Operationen wurden an Ihnen vorgenommen ? (Bitte mit Zeitangabe)

Welche Verletzungen hatten Sie ? (z.B. Geburtsverletzung, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Kriegsverletzung, Unfälle, Erfrierungen, Verbrennungen, Schock usw.)