

**Anamnesebogen für Patienten**

1	Untersucher:	Carolin Miglio (Dipl.-Ing.), Heilpraktikerin: Chiropraktik und Naturheilkunde
2	Patient (Name, Adresse, Geburtstag)	
3	Familienstand:	
4	Anzahl der Kinder:	
5	Beruf:	
6	Größe:	
7	Gewicht und dessen Entwicklung in den letzten 6 Monaten (+ oder - 10kg?)	
<b>Safety-Fragen: Trifft folgendes auf Sie zu?</b>		
1.	Fortgeschrittene Osteoporose:	2. Bestehende Bandscheibenschäden und Nervenlähmungen:
3.	Abnutzungserscheinungen oder Arthrose höheren Grades:	4. Frische Knochenbrüche und welche, die noch nicht wieder gefestigt sind :
5.	Akuter Bandscheibenvorfall:	6. Innere Blutungen:
7.	Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welchen?	8. Haben Sie aktuell eine akute Infektionserkrankung wie Grippe, Corona, ect. ...?
9.	Lähmungen, die von der Wirbelsäule ausgehen?	10. Bestehen Rückenmarkfehlbildungen?
11.	Sind Sie schwanger? Wenn ja, wie viele Woche?	12. Bestehen Gefäß- oder Herzerkrankungen?
13.	Bestehen psychische Erkrankungen? Wenn ja, welche?	14. Sind Tumoren und/oder Metastasen ein Thema bei Ihnen?
15.	Ist Schlaganfall ein Thema bei Ihnen?	16. Gibt es sonstig Schwerwiegendes bei Ihnen?
<b>1. Einstiegsfragen</b>		
1	Welche Beschwerden führen Sie zu mir?	
2	Waren Sie damit schon beim Arzt? Wenn ja, wie lautet die Diagnose und die Therapie?	
3	Haben Sie die Beschwerden zum ersten Mal?	

Anamnesebogen für Patienten

4	Seit wann bestehen die Beschwerden?	
5	Wann und wie oft treten die Beschwerden auf?	
6	Treten die Beschwerden in Ruhe oder Belastung auf?	
7	Gibt es eine Abhängigkeit der Beschwerden vom Essen?	
8	Ist der Auslöser der Beschwerden bekannt?	
<b>2. Medikamente!!!: Nehmen Sie dauerhaft Medikamente? (Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Pille, Schlafmittel, Abführmittel, Sonstiges)</b>		
1	Wirkstoff und seit wann?	
5	Schlafmittel?	
6	Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel, ...?	
<b>3. Genuss- und Rauschmittel: Haben Sie Kontakt zu Drogen?</b>		
1	Welche? Seit wann und wie viel?	
2	Sind Sie Raucher/-in?	
<b>4. Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?</b>		
1	Medikamente, Spritzen, Nahrungsmittel, Insektenstiche?	
2	Berufsbedingt oder Belastungen aus der Umwelt?	
3	Allergien?	
4	Sonstiges?	
<b>5. Frühere Krankheiten</b>		
1	Infektionskrankheiten gehabt? (Corona, Pfeiffersches Drüsenfieber, FSME, Gelbsucht, ...) Wenn ja, wann?	
2	Hatten Sie Tuberkulose? Wenn ja wann?	
3	Hatten Sie eine Tropenkrankheit? Wenn ja wann?	
4	Entzündete Zeckenbisse gehabt? Wenn ja wann?	
5	Hatte Sie schwerwiegende Krankenhausaufenthalte gehabt? Wenn ja warum und wann?	

Anamnesebogen für Patienten

6	OP's? Wenn ja, welche und wann?	
7	Sonstiges?	
<b>6. Familienanamnese: Schwerwiegende Erkrankungen der Eltern, Geschwister, Großeltern?</b>		
1	Leiden/Krankheiten: Wer und Was?	
2	Genetisch bedingte Erkrankungen?	
<b>7. Verdauungssystem:</b>		
1	Haben Sie guten Appetit?	
2	Gibt es Erkrankungen der Zähne oder des Zahnfleisches?	
3	Gibt es Beschwerden im Mund oder Rachenraum?	
4	Leiden Sie oft an Sodbrennen oder Blähungen?	
5	Müssen Sie oft Erbrechen?	
6	Haben Sie täglich Stuhlgang? Wenn nein, wie oft?	
7	Haben Sie Beimengungen im Stuhl bemerkt?	
8	Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?	
9	Haben Sie Hämorrhoiden?	
<b>8. Nieren-/Blasensystem</b>		
1	<b>Durst:</b> Wieviel Liter trinken Sie am Tag?	
2	Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen oder Wasserhalten?	
3	Müssen Sie nachts oft auf Toilette?	
<b>9. Atmung</b>		
1	Leiden Sie unter Atembeschwerden? Wenn ja wie und wann?	
2	Haben Sie Hals-Nasen-Ohrenbeschwerden?	

10. Herz/Kreislauf		
1	Wie körperlich fit oder belastbar sind Sie? (Treppensteigen, ...)	
2	Ist Ihr Blutdruck in Ordnung?	
3	Leiden Sie an Ausstrahlungsschmerzen oder Herzrasen?	
4	Wird Ihnen übel oder schwindlig bei der Blutentnahme?	
11. Urogenital		
1	Frauen: Ist Ihr Gynäkologe zufrieden mit Ihnen?	
5	Männer: Leiden Sie an Prostataproblemen?	
12. Bewegungsapparat		
1	Haben Sie Schmerzen im Rücken oder in anderen Gelenken? Wenn ja wo genau und seit wann?	
13. Hormonsystem & Stoffwechsel		
1	Leiden Sie an Erkrankungen der Schilddrüse, Diabetes, Gicht, Rheuma, Arthrose, Arthritis oder Osteoporose?	
2	Haben Sie hormonelle Beschwerden?	
14. Kopfschmerzen		
1	Leiden Sie oft an Kopfschmerzen? Wenn ja, wann und wie oft?	
2	Haben Sie Augenprobleme?	
15. Schlaf		
1	Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? Um wie viel Uhr wachen Sie auf?	
2	Schlafmenge?	
16. Lebensführung: Sozialanamnese		
1	Sind Sie glücklich?	