



Anamnesefragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, unterschreiben Sie auf der Rückseite und geben den Fragebogen ausgefüllt an der Rezeption ab. Vielen Dank!
Ihr Praxisteam

Anamnesebogen bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer, Beruf

Wer ist Ihr Hausarzt?

Bei welchen Fachärzten sind Sie zurzeit in Behandlung?

Ja Nein

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Welche?

Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel, z. B. ASS oder Marcumar?

Ja Nein

Haben Sie eine Blutungsneigung?

Ja Nein

Haben / hatten Sie eine Magenschleimhautentzündung oder ein Magengeschwür?
Wenn ja, wann?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankung Angina pectoris Bluthochdruck
- Sonstige Herzerkrankungen Nierenerkrankung Durchblutungsstörungen
- Chronische Erkrankung Neurologische Erkrankung Krebserkrankung
- Psychische Erkrankungen
- Sonstige Erkrankung _____

Ja Nein _____
 Bestehen bei Ihnen Erbkrankheiten, wenn ja, welche?

Welche Operationen sind bei Ihnen bis jetzt durchgeführt worden (z. B. Hüft-/Kniegelenkersatz) und wann?

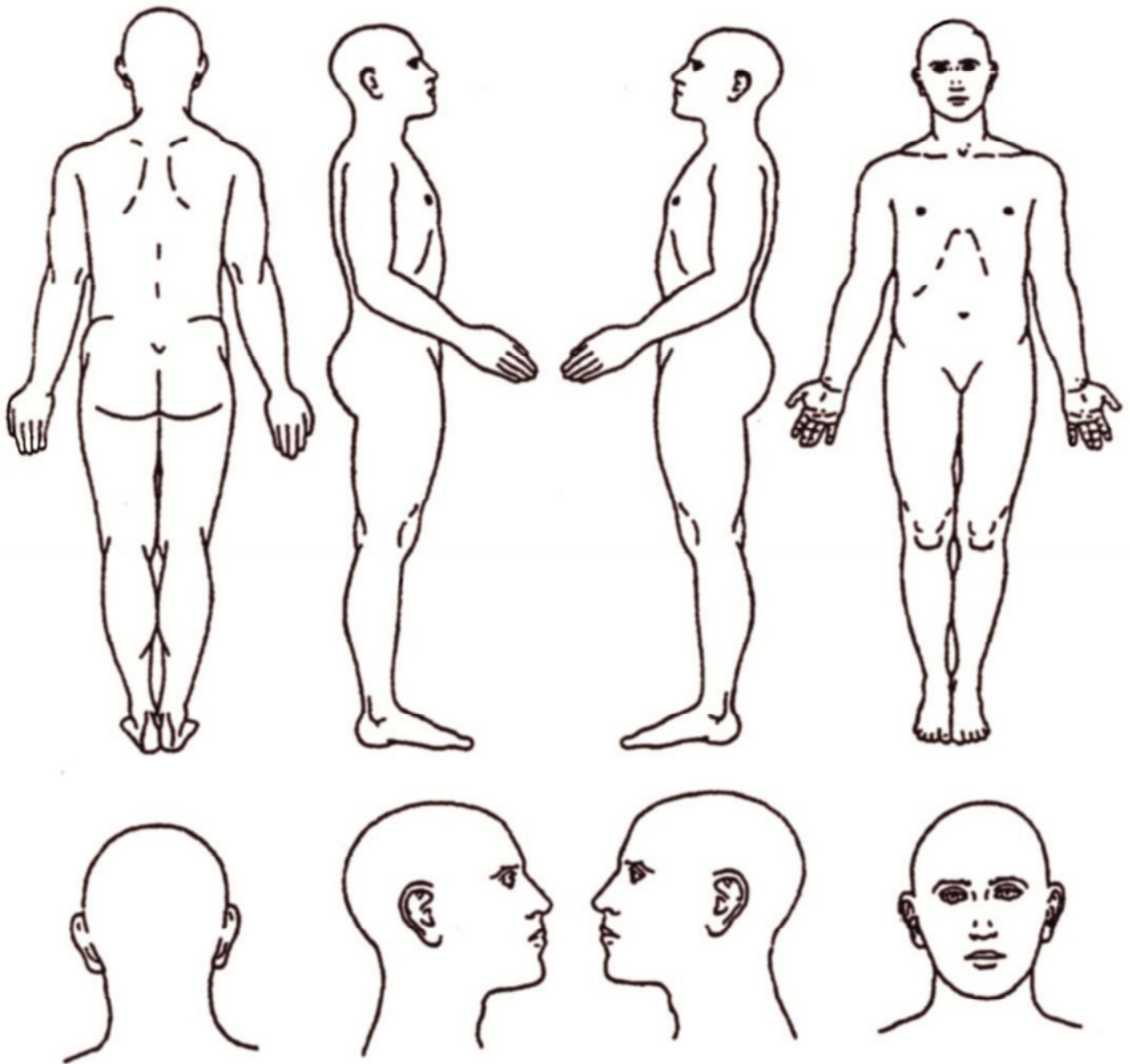
Ja Nein _____
 Haben Sie einen Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappen?
 Wenn ja, seit wann?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?
 (Bitte führen Sie nicht nur Ihre Schmerzmedikamente, sondern alle Medikamente incl. Naturheilmittel auf)

| Medikament | Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Pflaster, über Pumpe) | Dosierung (wie oft täglich, bei Bedarf) | Zeitraum (von - bis) |
|------------|--|--|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie in die Praxis?

(Bitte malen Sie in die nachfolgenden Körperschemata ein, an welchem Körperteil Ihre Schmerzen auftreten.)



Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an!

Kreisen Sie bitte die folgende Zahl ein, die Ihre stärksten Schmerzen während der letzten Woche am besten beschreibt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

keine Schmerzen

stärkste vorstellbare Schmerzen

Seit wann bestehen Ihre Schmerzen?

seit _____ Tag(en) oder _____ Woche(n) oder _____ Monat(en) oder _____ Jahr(en)

Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?

- dauerhaft
 pro Tag etwa _____ mal
 pro Woche etwa _____ mal
 pro Monat etwa _____ mal
 pro Jahr etwa _____ mal

Zu welcher Tageszeit treten Ihre Schmerzen im Allgemeinen auf oder sind am schlimmsten?

- morgens vor dem Aufstehen
 morgens nach dem Aufstehen
 mittags
 nachmittags
 abends
 nachts
 Schmerzen sind unabhängig von der Tageszeit

Wie weit können Sie schmerzfrei gehen?

- weniger als 100m
 weniger als 500m
 weniger als 1000m
 1000m und mehr

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt? Wie war der Behandlungserfolg?

| | hier bitte (X) | (z.B. „gut“ / „schlecht“ / „gleich bleibend“) |
|--|----------------|---|
| Bisher keine Schmerzbehandlung | | |
| Medikamente | | |
| Operationen | | |
| Einspritzungen ins Schmerzgebiet | | |
| Krankengymnastik | | |
| Massagen, Bäder, Kälte-, Wärmebehandlungen | | |
| Elektr. Nervenstimulation (TENS) | | |
| Akupunktur | | |

Von wem wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen bisher untersucht oder behandelt?

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt | <input type="checkbox"/> Internist | <input type="checkbox"/> Orthopäde |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurg | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut | <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Neurologe/Nervenarzt |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Frauenarzt | <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt |
| <input type="checkbox"/> Kieferchirurg | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | | |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- durch das Telefonbuch
- durch Empfehlung
- durch Hausarzt
- durch Internet
- sonstiges _____

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Datum, Unterschrift