

PERSONALIEN

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Mobile: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Zivilstand: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Zusatzversicherung: _____

Gewicht: _____

Grösse: _____

Hausarzt: _____

ANAMNESE

1.) Wie lautet die klinische / ärztliche Diagnose?

2.) Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

3.) Wann haben die genannten Beschwerden angefangen?

Bitte notieren Sie einen Zeitpunkt, ein Ereignis (Unfall, Krankheit, Tod eines Nahestehenden, etc.)

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

f) _____

4.) Chronologische Abfolge der aufgetretenen Symptome, Krankheiten, Schicksalsschläge, etc., auch Schwangerschaft (eigene, die der Kinder), Geburt (Frühgeburt, Kaiserschnitt) & Stillzeit (wurden Sie gestillt, haben sie gestillt?):

Jahr Beschreibung

19____

6.) Haben Sie vor mehr als 2 Jahren etwas Gravierendes in Ihrem Leben erlebt? Falls ja, was?

7.) Sind die Krankheiten: Krebs/Tumor/Schwellung bei Ihnen aufgetreten?

Krebs – Falls ja, welche/s Organ/e waren/sind betroffen:

Tumor – Falls ja, welche/s Organ/e waren/sind betroffen:

Schwellung – Falls ja, welche/s Organ/e waren/sind betroffen:

Wann sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten?

Sind diese Beschwerden wiederholt aufgetreten (Rezidivbildung)?

Fand eine / mehrere Operationen statt und wann?

Fand eine Chemotherapie statt?

Fand eine Radiotherapie statt?

Hatten Sie eine Cortisonbehandlung?

8.) Sind folgende Krankheiten bei Ihnen aufgetreten?

Herpes - Falls ja, welche Art von Herpes (Simplex, genitalis, Gürtelrose, etc.) und wann?

Pfeifferisches Drüsenfieber (EBV) - Falls ja, wann und wie lange?

Drüenschwellung (Halsdrüsen, etc.) - Falls ja, wann?

Blasenentzündung - Falls ja, wann und wie oft?

Hauterkrankungen wie Milchschorf, Neurodermitis, Akne etc. - Falls ja wann und wie oft?

Gelenkschmerzen – Falls ja, welche Gelenke und wann?

Autoimmunerkrankungen (Hashimoto, Typ-1-Diabetes, Multiple Sklerose, Rheuma, etc.) – Falls ja, welche und seit wann?

Augenerkrankungen (Bindehautentzündung, Grauer Star, etc.) – Falls ja, welche und seit wann?

Psychische Erkrankungen (Burnout, Erschöpfungssyndrom, Borderline, Depression, etc.)? – Falls ja, welche und wann? Haben Sie Antidepressiva /Psychopharmaka eingenommen?

9.) Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Krankheiten / Ereignisse vorgekommen?

- Fehlgeburt
- Totgeburt
- Kindstod
- Demenz
- Alzheimer
- Alkoholismus

- Gewalttätigkeit
 - Vergewaltigung
 - Selbstmord
 - Mord
 - Missbildungen
 - Borreliose
 - Blutungsneigung
 - Nahtoderfahrung
 - Unfälle
 - Mystische Erlebnisse
 - Andere nicht genannte Krankheiten?**
-
-

Haben Sie Schmerzmittel wie Fiebersenker, Antibiotika oder Pilzmittel oder Anderes eingenommen? – Falls ja, welche und wann?

Wurden Sie geimpft? – Falls ja, welche Impfungen und wann haben Sie die letzte Impfung erhalten?

10.) Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? (Mumps, Diphtherie, Scharlach, Röteln, Windpocken)

11.) Hatten Sie Geschwüre? (Furunkel, Fisteln, Abszesse, Hämorrhoiden, etc.) – Falls ja, an welcher Körperstelle?

12.) Gemütssymptome (Aggressivität, Reizbarkeit, Vergesslichkeit, Lustlosigkeit, etc.) früher und/oder aktuell?

13.) Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien?

14.) Verdauungsbeschwerden (Blähungen, Sodbrennen, Verstopfung, Durchfall, etc.)?

Bitte zutreffendes zu Ihrem Stuhlgang ankreuzen:

- wurstförmig
- geissenkotartig (kleine Stückchen)
- flockig
- Bleistiftstuhl
- kuhfladenartig
- dunkelbraun
- hellbraun
- grünlich
- gelblich
- abwechselnd Verstopfung & Durchfall

15.) Bitte zutreffende/s ankreuzen.

Kopfschmerzen – Wie oft und wo/wie genau?

Ausfluss – Wie oft, gelb, grünlich etc.?

Auffälligkeiten Urin / Harnstrahl?

Impotenz? – Seit wann?

Zahnbeschwerden? – Bitte kurz beschreiben.

Amalganfüllung? – Noch vorhanden oder wann entfernt?

Auffällige Gewichtszu- oder abnahme? Bitte kurz beschreiben.

Auffällige Abneigungen oder Gelüste auf Nahrungsmittel?

Schwitzen Sie leicht?

Fiebern Sie leicht?

Fuss- oder Nagelpilz?

Haarausfall? (Diffuser, kreisrunder, allg. vermehrter Haarausfall etc.)

16.) Welche Operationen haben Sie wann gehabt?

17.) In was für einer Beziehung leben Sie?

Mann - Frau

Frau - Frau

Mann - Mann

Sind Sie lieber alleine?

Wie ist diese Beziehung?

erfüllt

unerfüllt

problematisch

Weitere Bemerkungen:

FAMILIEN ANAMNESE

18.) Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie vorgekommen?

Geschwister (Bitte notieren Sie die Anzahl Geschwister und das jeweilige Alter.) Folgende Krankheiten sind bekannt:	
Mutter	Vater
Geb. Datum:	Geb. Datum:
Folgende Krankheiten sind bekannt:	Folgende Krankheiten sind bekannt:

Mutterseite		Vaterseite	
Grossmutter Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:	Grossvater Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:	Grossmutter Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:	Grossvater Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:
Ur-Grossmutter Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:	Ur-Grossvater Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:	Ur-Grossmutter Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:	Ur-Grossvater Geb. Datum: Folgende Krankheiten sind bekannt:

19.) Beschreiben Sie den Verlauf/Komplikationen der Schwangerschaft und Geburt:

20.) Träumen Sie, falls ja, was sind das für Träume? Bitte beschreiben Sie diese.

21.) Rauchen Sie oder / und konsumieren Drogen? Falls ja, wie oft und welche Drogen?

21.) Bemerkungen oder Ergänzungen?

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Herzlich,
Nathalie Viert