



Anamnesebogen – Körperzentrum Dresden

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine gründliche und gezielte Untersuchung durchführen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie diese zunächst aus. Wir helfen Ihnen gern weiter.

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

1. Persönliche Daten	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	E-Mail:
Beruf:	Telefonnummer:

Sind Sie aktuell in Behandlung?

Wenn JA, welche und weshalb?

Hausarzt Facharzt Zahnarzt Psychologe Physiotherapeut Heilpraktiker

Andere / Grund: _____

2. Allgemeines

Alter:	Gewicht:
Größe:	Geschlecht:

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Wenn JA, welchen? Wie häufig? _____

Symptome und Beschwerden, zutreffende Felder bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung | <input type="checkbox"/> Gelenk/ Muskelschwellung |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen | <input type="checkbox"/> Unerklärte blaue Flecken |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Starke Blutung |
| <input type="checkbox"/> Starke Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Schwächegefühl | <input type="checkbox"/> Regelmäßiges Husten |
| <input type="checkbox"/> Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen | <input type="checkbox"/> Arm- oder Beinschwellung |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln oder Taubheit | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden / Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder sehen | <input type="checkbox"/> Verstopfung / Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Verlust der Sehschärfe | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Gerötete Augen | <input type="checkbox"/> Post Menopause / Wechseljahre |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Sexualfunktion | <input type="checkbox"/> Blut im Urin |
| <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> (Mögliche) Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Stress bei der Arbeit/ Zuhause |
| <input type="checkbox"/> >5 Infekte pro Jahr | <input type="checkbox"/> Unterbrechung des Nachtschlafes |

Ergänzungen _____



3. (Vor-) Erkrankungen

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Krebs *Wenn ja, welche Art?* _____

Herz-Kreislaufprobleme *Wenn ja, welcher Art?* _____

Nierenerkrankungen *Wenn ja, welche Art?* _____

Asthma Magengeschwüre Schilddrüsenprobleme

Diabetes Multiple Sklerose Schlaganfall

Hepatitis Tuberkulose Thrombose

Osteoporose Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Gelenkerkrankungen

Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen Psychische Erkrankungen

Allergien _____

Sonstige _____

Bitte nennen Sie alle schwerwiegenden Verletzungen, Operationen, Unfälle mit Angabe des ungefähren Datums:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

(6) _____

4. Familiäre Disposition

Wurde ein Familienmitglied jemals aufgrund von schwerwiegenden Erkrankungen behandelt?

Diabetes Herzerkrankung Hoher/ niedriger Blutdruck

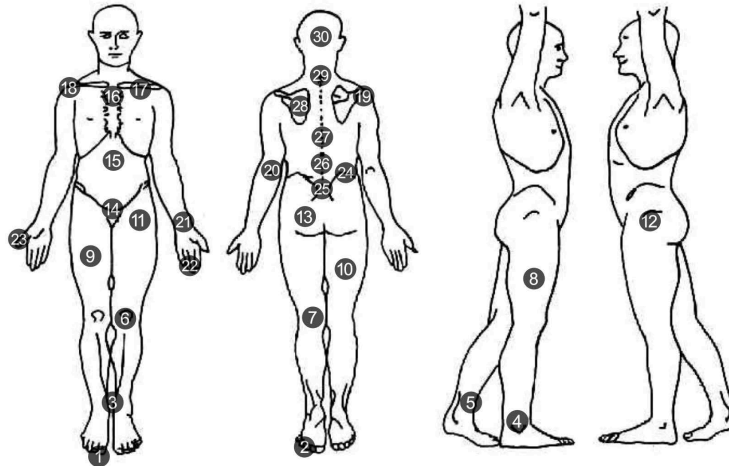
Schlaganfall Krebs Nierenerkrankung

Abhängigkeit Psychische Erkrankungen

Sonstige _____



5. Aktuelle Beschwerden



Bitte beschreiben Sie in den folgenden Textfeldern Ihre aktuellen Beschwerden und beginnen Sie mit der stärksten. Geben Sie jeweils die betroffene Körperregion an (z. B. Nr. 18 = Schulter vorn) sowie eine Schmerzangabe auf einer Skala von 0–10 (10 = stärkster Schmerz). Ergänzen Sie bei Bedarf links/rechts oder vorn/hinten.

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____
- (6) _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden?: _____

Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?

Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde?

Wenn JA, welches/welche? Kurze Beschreibung:
