

Anamnesebogen Sprechstunde Funktionelle Medizin

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____ Email: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Zahl der Kinder: _____

Sehr geehrte/r Patienten/in,
dieser ausführliche Fragebogen soll einen möglichst genauen Einblick in Ihr Beschwerdebild geben und die Grundlage für die weitere Arbeit sein. Nehmen Sie sich deshalb ausreichend Zeit zur wahrheitsgemäßen Beantwortung der Fragen und ergänzen Sie gerne noch weitere Informationen die Ihnen einfallen.
Vielen Dank!

Bei welchem Anliegen kann ich Ihnen behilflich sein? (Pflichtfeld)

Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magen- und Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkte | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hörsturz | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Raynaud-Syndrom | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Zeckenbiss in der Vorgeschichte | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hashimoto |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____ | | |

Haben Sie Allergien?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain/Procain | <input type="checkbox"/> Betäubung beim Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Gräser | <input type="checkbox"/> Frühblüher |
| <input type="checkbox"/> Bienen | <input type="checkbox"/> Wespen | <input type="checkbox"/> Milben |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: z.B. Medikamente _____ | | <input type="checkbox"/> |

Leiden Sie an einer Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens? ja nein
(Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)

Wo liegt ihr aktuelles Energielevel auf einer Skala von 1-10? _____

Was macht Ihnen aktuell am meisten Probleme?

Was haben Sie schon gegen Ihre Beschwerden unternommen?

Leiden oder litten Sie an folgenden **Beschwerden**?

	nie	selten	häufig (fast)	immer	früher	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>					
verschleimtes Gefühl	<input type="checkbox"/>					
verstopfte Nase/häufiges Niesen	<input type="checkbox"/>					
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>					
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>					
Enggefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>					
Schnarchen	<input type="checkbox"/>					
nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>					
nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>					
Verspannung Kiefergelenk	<input type="checkbox"/>					
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>					
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>					
Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>					
morgendliche Erschöpfung	<input type="checkbox"/>					
rasche Erschöpfung	<input type="checkbox"/>					
Schwindel	<input type="checkbox"/>					
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>					
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>					
verstärktes Durstgefühl	<input type="checkbox"/>					
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>					
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>					
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Gelenksteifigkeit	<input type="checkbox"/>					
Muskel-/Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>					
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>					
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>					
Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>					
Libidoverlust	<input type="checkbox"/>					
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>					
Depression/Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>					
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>					
Stimmungsschwankungen/Ängste	<input type="checkbox"/>					
vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>					
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>					
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>					
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>					
Haarausfall	<input type="checkbox"/>					
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>					
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>					
Trockene/Juckende Augen	<input type="checkbox"/>					
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>					
metallischer Geschmack	<input type="checkbox"/>					
Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>					
Zahnfleiscentzündungen	<input type="checkbox"/>					
blutendes Zahnfleisch	<input type="checkbox"/>					
brüchige Nägel	<input type="checkbox"/>					
verformte Nägel/Rillen	<input type="checkbox"/>					
Gefühlsstörungen Hände/Füße	<input type="checkbox"/>					
Krampfadem	<input type="checkbox"/>					
Besenreißer	<input type="checkbox"/>					

Was hilft Ihnen am Besten? _____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

Worauf führen Sie Ihre Erkrankung zurück? Was war der **Auslöser**?

Welche **Medikamente** oder **Nahrungsergänzungsmittel** nehmen Sie regelmäßig ein? (ggf. Einnahmeplan beilegen)

Präparat (Name)	Dosierung	Einnahmezeitpunkt
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wo sind Sie sonst noch in Behandlung(Arzt/Therapeut/Psychiater/Heilpraktiker)?

Konsumieren Sie Drogen/Dopingmittel/Aufputzmittel?
 nein wenn ja, welche? _____

Gibt es berufliche/familiäre/andere Belastungen? Wenn ja, welche?

Zähne/Mundgesundheit:

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wann war die letzte Zahnreinigung? _____

Gibt es Füllungen? ja / nein

Gibt es Zahnersatz? ja / nein welches Material? _____

Haben Sie Amalgam-Füllungen? ja / nein wieviele? _____

Wurden früher Amalgam-Füllungen entfernt? ja / nein wann? _____

Haben Sie Zahn-Implantate? ja / nein welchesMaterial? Titan Keramik

Folgende Zahnbehandlungen sind geplant? _____

Haben Sie eine "Knirscher-Schiene"? ja / nein

Wie reinigen Sie Ihre Zähne? _____

Tragen sie Zahnersatz? ja / nein

Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja / nein

Leiden Sie an Mundgeruch? ja / nein

Rauchen Sie? nein ja Wieviel? _____

Seit wann rauchen Sie bzw. seit wann nicht mehr? _____

Gibt es Jahreszeiten oder bestimmte Tages- und Nachtzeiten zu denen Sie sich **besser/schlechter** fühlen? ja nein (bitte eintragen!)

besser: _____ schlechter: _____

Wie beurteilen Sie Ihren **Schlaf**? _____

Wieviele Stunden schlafen Sie pro Tag? unter der Woche: _____ am Wochenende _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Wenn ja, seit wann? _____

- Einschlafprobleme Durchschlafstörungen
 zu frühes und müdes Aufwachen Schlaflosigkeit
 schlechte Träume?

Erinnern Sie sich an Ihre Träume? ja / nein Leiden Sie unter Alpträumen/

Ängsten in der Nacht? ja / nein

Was hält Sie davon ab? _____

Ernährung/Essverhalten:

Wie beurteilen Sie Ihren Hunger/Appetit? _____

Essen Sie nur wenn Sie Hunger haben? ja nein

Haben Sie Heißhungerattacken? ja nein nachts ja / nein

Essen Sie häufig in einer Kantine? ja nein

Wie oft am Tag/in der Woche kochen Sie selbst? _____

Wie oft in der Woche Essen Sie Fastfood? _____ x/Woche oder _____ x/Monat

Was ist Ihr Hauptgetränk? _____ Welche Getränke trinken Sie? _____

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag im Durchschnitt? _____ Liter pro Tag

Trinken Sie Alkohol? ja nein

Wenn ja, wann/wie oft/welches Getränk? _____

Trinken Sie Kaffee? ja nein welche Art Kaffee? _____

Wenn ja wieviel Kaffee pro Tag? _____

Trinken Sie Tee? nein ja, welchen und wieviel pro Tag? _____

Was ist ihr Lieblingsessen/-getränk? _____

Wie oft am Tag Essen Sie? _____

Wann ist die erste und die letzte Mahlzeit am Tag? _____

Essen Sie nachts? Müssen Sie nachts Aufstehen um zu Essen? ja nein

Haben Sie Hunger bevor Sie zu Bett gehen? ja nein

Wie oft in der Woche essen Sie Fisch? _____ x/Woche Fleisch? _____ x/Woche
Wurst? _____ x/Woche Käse/Joghurt/Quark? _____ x/Woche

Wieviel Milch trinken Sie pro Tag? _____

Vertragen Sie laktosehaltige Produkte? ja nein, welche nicht: _____

Wieviele Portionen Gemüse essen Sie pro Tag? _____

Wieviele Portionen Obst Essen Sie pro Tag? _____

Essen Sie Vollkorn-Produkte? nein ja, welche? wie oft? _____

Wie schätzen *Sie* Ihre **Ernährung** ein:

sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund ungesund

Falls "nicht sonderlich gesund" oder "ungesund", bitte geben Sie einen Grund dafür an:

- keine Zeit zum Kochen mir schmeckt was ich esse
 ich kann nicht gesund kochen ich koche nicht selbst
 gesundes Essen schmeckt mir nicht ich mag kein Obst Gemüse
 sonstiges: _____

Wo kaufen Sie Ihre Lebensmittel vorwiegend ein? _____

Leiden Sie unter **Verdauungsbeschwerden**? Wenn ja, welche/wann/wie?

- Völlegefühl n. d. Essen vermehrt Blähungen Verstopfung
 Sodbrennen / Aufstoßen Hämorrhoiden analer Juckreiz
 Gastritis Magengeschwür Helicopacter pylori
 Appetitlosigkeit Durchfall Erbrechen
 andere: _____

Wie oft haben Sie **Stuhlgang**? mehrmals täglich täglich ___ x/Woche
Ist dieser weich hart geformt unregelmäßig sehr hell
 sehr dunkel schwarz stinkend schleimig blutig

Wie oft müssen Sie Wasser lassen? tagsüber _____ mal / nachts _____ mal

Verlieren Sie ungewollt Urin/Stuhl? ja nein

bei Anstrengung beim Niesen/beim Husten beim Sport nachts

Gibt es **Unverträglichkeiten** von Nahrungsmitteln? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie oft gehen Sie spazieren? _____

Y grej gp'w'pf 'y kexkri'Ur qtv'tgldgp'Ug'lp'f gt'Y qej g lco "Vci A'aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa
aa

Haben Sie schon mal eine **Diät** gemacht? ja nein

Wenn ja, welche? Mit Erfolg? _____

Wann und wo waren Sie zuletzt im Ausland/Urlaub/geschäftlich auf Reise?

Leiden Sie häufig unter banalen Atemwegsinfekten? ja nein

Wie oft waren Sie dieses Jahr schon erkältet? _____ mal

Wie oft waren Sie letztes Jahr erkältet? _____ mal

Haben/Hatten Sie eine Grippe-Impfung bekommen? nein ja Wann? _____

Haben/Hatten Sie eine Covid-Impfung bekommen? nein ja Wann und Welche? _____

Wie beurteilen Sie Ihre geistige Leistungsfähigkeit/ihr Konzentrationsvermögen/Gedächtnis?

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Panikgefühle |
| <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Mutlosigkeit | <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Weinerlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Sinnlosigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Gefühllosigkeit | <input type="checkbox"/> Entmutigung | <input type="checkbox"/> Gedankenkreisen | |

Wie häufig sind Sie im Alltag **besonderen Belastungen** ausgesetzt?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Gifte/Chemikalien/Gas |
| <input type="checkbox"/> fehlendes Tageslicht | <input type="checkbox"/> schwere körperliche/seelische Belastungen | |

Beschreiben Sie Ihren Arbeitsplatz: _____

Frauen:

Leiden Sie unter starker Behaarung? ja nein wo? _____

Leiden/Litten Sie an starken Regelschmerzen? ja nein

Haben/Hatten Sie eine starke Regelblutung? ja nein

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen während/vor Ihrer Periode? ja nein

Ist/War Ihr Zyklus regelmäßig? ja nein

Wie lange dauert die Regelblutung? _____ Tage

Wie viele Tage/Wochen liegen zwischen den Blutungen? _____ Tage

In welchem Alter war die erste Menstruation? _____

Wann war die letzte Periodenblutung? _____

Bzw. wann fing der Wechsel/die Menopause an? _____

Haben Sie Kinder geboren? Davon Kaiserschnitt? _____

Verwenden Sie ein hormonelles Verhütungsmittel oder nehmen ein Hormonpräparat ein?

ja nein welches? _____

Verspüren Sie ein Nachlassen der Potenz/Ihrer Libido? ja nein