



Anamnesebogen NHK

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu, Ihre Krankengeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern. Ihre Daten unterliegen der Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort):

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Frühere Berufsausübung:

Telefon (privat/mobil):

E-Mail:

Krankenkasse:

Beihilfe:

Allgemeine Angaben

Sport/Hobby/Freizeit (Art & Häufigkeit):

Hausarzt (Name, Tel.):

Herzschrittmacher / Bluter?

Beschwerden & Symptome

Was? Hauptbeschwerden, aktuelle Beschwerden, wegen der die Praxis aufgesucht wird; Art:

Wo? Lokalisation:

Wie? Schmerzcharakter stechend, brennend, dumpf bohrend, etc., Schmerzintensität:

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten, Verlauf:

Wie lang? (Dauer):

Warum bzw. wodurch? (auslösende Faktoren):

Psychische Befindlichkeit:

Schlafprobleme/Nachtbeschwerden:

Verdauung / Stuhlgang:

Abneigungen/Vorlieben beim Essen/Trinken:

Vorgeschichte / Erkrankungen

Chronische Krankheiten:

Psychologische/neurologische Behandlung:

Frühere Operationen (mit Jahr):

Unfälle/Knochenbrüche (mit Zeitangabe):

Wichtige Lebensstationen/Situationen:

Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein (Art, Dauer):

Familienanamnese

Familienkrankheiten bei Eltern, Großeltern, Geschwistern (Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Rheuma, Krebs usw.):

Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde? Ja Nein

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert? Ja Nein

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing)? Ja Nein

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt? Ja Nein

Allgemeine Lebensführung

Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Menge:

Welche Sorte Alkohol? Sorte:

Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich täglich? Zigaretten täglich:

Seit welchem Lebensalter rauchen Sie? Seit Lebensalter:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren? Ja Nein

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen? Ja Nein

Ist Ihr Schlaf erholsam? Ja Nein

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlaf Schwierigkeiten? Ja Nein

Wenn ja, wie lange liegen Sie wach? Zeit:

Haben Sie große Sorgen? Ja Nein

Sind Sie nervös? Ja Nein

Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen? Ja Nein

Haben Sie auffallend viel Durst? Ja Nein

Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber? Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten

Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? Ja Nein Welche?

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose Ja Nein Welche:

Hausstauballergien? Allergie gegen Blütenpollen? Andere? Ja Nein Welche:

Kopfbereich

Leiden Sie unter

Schwindel? Ja Nein

Ohnmachtsanfällen? Ja Nein

Epileptischen Anfällen? Ja Nein

Kopfschmerzen? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit den Augen? Ja Nein Welche?

Haben Sie Probleme mit dem Hören? Ja Nein

Ohrenschmerzen? Ja Nein

Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr? Ja Nein

Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen? Ja Nein

Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? Ja Nein

Leiden Sie häufig an Nasenbluten? Ja Nein

Leiden Sie unter Haarausfall? Ja Nein

Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich? Ja Nein Welche?

Halsbereich

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken? Ja Nein

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals? Ja Nein

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt? Ja Nein

Leiden Sie unter Heiserkeit? Ja Nein Wie lange?

Brustbereich

Leiden Sie unter Husten? Ja Nein Wie lange?

Wie ist der Auswurf beschaffen?

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt? Ja Nein

Leiden Sie unter Atemnot? Ja Nein

Asthma-bronchiale-Anfälle? Ja Nein

Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend? Ja Nein

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern? Ja Nein

Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?

Ja Nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Ja Nein

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Ja Nein Welche?

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen? Ja Nein

Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch? Ja Nein

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? Ja Nein

Sodbrennen? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? Ja Nein Beschwerde:

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?

Ja Nein Veränderung:

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt? Ja Nein

Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? Ja Nein

Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein? Ja Nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände? Ja Nein

Zittern Ihre Hände (manchmal)? Ja Nein

Beine und Füße

Leiden Sie unter Krampfadern? Ja Nein

Treten nachts Wadenkrämpfe auf? Ja Nein

Schmerzen in Beinen oder Füßen? Ja Nein

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?

Ja Nein

Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? Ja Nein

Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken? Ja Nein

Gefülsstörungen in den Beinen oder Füßen? Ja Nein

Haben Sie (manchmal) Gefülsstörungen in den Armen oder Händen? Ja Nein

Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? Ja Nein

Schmerzen beim Wasserlassen? Ja Nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten? Ja Nein Veränderung:

Haben Sie Blut im Urin festgestellt? Ja Nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten? Ja Nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? Ja Nein

Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen? Ja Nein

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus? Ja Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?

Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?

Wie lange ist die Zyklusdauer?

Wie ist die Blutungsstärke? (schwach, normal stark?)

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf? Ja Nein

Tritt ein Sekret aus der Scheide aus? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? Ja Nein

Haut

Leiden Sie unter Hautveränderungen? Ja Nein

Hautjucken? Ja Nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf? Ja Nein

Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus? Ja Nein

Weitere medizinische Informationen

Kaffee Ja Nein Menge:

Sucht nach Süßem: Ja Nein Wie oft? Wie viel?

Voruntersuchungen/Behandlungen (Facharzt, Blutbild, Röntgen, CT, MRT):

Therapieziele / Erwartungen:

Sonstiges

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass die in meiner Person erhobenen personenbezogenen und besonderen Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) von der Praxis für Ästhetik und Naturheilkunde Heilpraktikerin Elisabeth Holzer zum Zwecke der Behandlung, Betreuung, Dokumentation und Abrechnung gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. b und lit. a sowie Artikel 9 Abs. 2 lit. h der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet werden dürfen.

Die Daten werden streng vertraulich behandelt.

Ich wurde über meine Rechte informiert, insbesondere das Recht auf Auskunft (§ 15 DSGVO), Berichtigung (§ 16 DSGVO), Löschung (§ 17 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (§ 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (§ 20 DSGVO) sowie das Recht, die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung.

Ort, Datum

Unterschrift