

Praxis Friederike Schönburg-Liedtke

Anamnesefragebogen

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Medikamente: _____

Allergien: _____

Beruf: _____

E-Mail _____

Muttersprache :

Lebensgewohnheiten

Rauchen: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____ pro Tag Seit: _____ Jahren

Drogenkonsum: ☐ nein ☐ ja

Alkoholkonsum: ☐ nein ☐ ja, Menge: _____ Getränk: _____

Vorerkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Zuckerkrankheit / Diabetes
- ☐ Augenerkrankungen
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)
- ☐ Andere: _____

- OP und Krebserkrankungen

Familienanamnese

- ☐ Krebserkrankungen
- ☐ Diabetes / Zuckerkrankheit
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Osteoporose
- ☐ Erhöhte Fettwerte
- ☐ Psychische Erkrankungen

Psychische Gesundheit

- ☐ Depressionen
- ☐ Angststörungen
- ☐ Panikattacken
- ☐ Borderline-Persönlichkeitsstörung
- ☐ Andauernde Traurigkeit
- ☐ Antriebsschwäche
- ☐ Vermeidung von sozialen Kontakten

Schmerzen

Körperteil(e): _____

Intensität (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Charakter (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- ☐ Stechend
- ☐ Dumpf
- ☐ Ausstrahlend
- ☐ Wellenartig
- ☐ Bei Bewegung
- ☐ Bei Ruhe
- ☐ Ziehend

Für Frauen

Kinderlos: ☐ ja ☐ nein

Kinder: Anzahl: _____

Schwangerschaften: Anzahl: _____

Schwangerschaftsabbrüche: Anzahl: _____

Fehlgeburten: Anzahl: _____

Schwangerschaftskomplikationen:

- ☐ Frühgeburt
- ☐ Totgeburt
- ☐ Bluthochdruck in der Schwangerschaft
- ☐ Schwangerschaftsdiabetes
- ☐ Mehrlingsschwangerschaft

Wechseljahre: ☐ ja ☐ nein

Endometriose: ☐ ja ☐ nein ☐ unklar

Regelbeschwerden: ☐ ja ☐ nein

Ernährung

- ☐ Allesesser
- ☐ Vegetarisch
- ☐ Vegan
- ☐ Andere: _____

Arztvermerke

Unterschrift Patient*in: _____

Datum: _____