



GANZHEITLICHER ANAMNESEBOGEN

OTC | ORTHOPÄDIE
TRAUMATOLOGIE
CENTRUM **REGENSBURG**

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Telefonnummer:

Familienstand:

Größe:

Geschlecht:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Kinder:

Gewicht:

Welcher Grund führt Sie zu mir?

Was ist Ihr Anliegen (Krankheit, Beschwerden, Problem)?

Welches Ziel erhoffen Sie sich von der Behandlung?

Wann wurde die Erkrankung erstmalig diagnostiziert?

Wie äußern sich die Beschwerden?

Wo befinden sich die Beschwerden am Körper?
Und wohin erstreckt sich der Schmerz?

Wodurch wurde er ausgelöst?
Was war zu dieser Zeit los in Ihrem Leben?

Wodurch werden die Symptome / Beschwerden besser?

Wodurch verschlechtern sich die Symptome / Beschwerden?

1. ANGABEN ZUR BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

Sind Sie berufstätig? JA NEIN

Beruf / derzeitige Tätigkeit?

Ihre Arbeitszeiten:

Sitzende / leichte Tätigkeit: JA NEIN

Schwere / körperliche Tätigkeit: JA NEIN

Schichtarbeit: JA NEIN

2. ANGABEN ZU KÖRPERLICHER AKTIVITÄT / SPORT

Treiben Sie Sport? JA NEIN

Welche Sportart und wie oft?

Sind Sie viel an der frischen Luft? JA NEIN

Wenn ja: wie lange halten Sie sich täglich draußen auf?

3. RAUCHEN / ALKOHOL / DROGEN

Sind Sie Raucher? JA NEIN

Waren Sie jemals Raucher? Wenn ja, wie lange?

Trinken Sie Alkohol? JA NEIN

Wenn ja: wieviel / wie oft?

Nehmen Sie Drogen? JA NEIN

4. ANGABEN ZUR ERNÄHRUNG

Praktizieren Sie derzeit eine besondere Ernährungsform? JA NEIN

Wenn ja: welche?

(z.B. vegan, kohlenhydratearm, ketogen/fettreich, fettarm, Paleo, glutenfrei, etc.)

Seit wann praktizieren Sie diese und wie konsequent?

Essen Sie regelmäßig? JA NEIN

Wie viele Mahlzeiten essen Sie gewöhnlich am Tag?

Wie viele Mahlzeiten davon sind warm?

Welche Mahlzeit ist Ihnen die liebste und wichtigste?

Liegen oder lagen bei Ihnen Essstörungen vor? MANCHMAL JA NEIN

Wenn ja: welche / wie lange und wann?

Wie viele Amalgam-, Goldfüllungen, Wurzelfüllungen oder Implantate haben Sie jetzt im Mund?

Hatten Sie in der Vergangenheit Amalgam-, Goldfüllungen, Wurzelfüllungen oder Implantate?

Haben Sie Nahrungsmittelallergien? JA NEIN

Wenn ja, welche Symptome sind damit verbunden?

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten? JA NEIN

Wenn ja: gegenüber welchen Lebensmitteln und wie äußern sich diese symptomatisch?

Haben Sie schon einmal eine Darmsanierung gemacht? JA NEIN

Wenn ja: wie haben Sie diese gemacht?

5. ERKRANKUNGEN

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | |

HABEN SIE ORTHOPÄDISCHE ODER SONSTIGE ERKRANKUNGEN?
(ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

Essstörungen oder Magen-Darm-Erkrankungen: JA NEIN

Wenn ja: welche?

Schilddrüsenerkrankung / Unter- / Überfunktion: JA NEIN

Arthrose: JA NEIN

Wenn ja: welche Gelenke / Körperregionen sind betroffen?

Osteoporose: JA NEIN

Autoimmunerkrankungen / Rheumatische Erkrankung: JA NEIN

Herz - Kreislauf - Erkrankungen: JA NEIN

Gefäßserkrankungen: JA NEIN

Nebenschilddrüsenerkrankungen: JA NEIN

Tumorerkrankung / Krebs: JA NEIN

Hauterkrankungen: JA NEIN

Gibt es Veränderungen in den Bereichen:

- Des Appetits JA NEIN
- Des Durstes JA NEIN
- Des Nachtschweißes JA NEIN
- Des Schlafes JA NEIN
- Des Stuhlgangs JA NEIN
- Des Wasserlassens JA NEIN
- Des Hustens und dessen Auswurf JA NEIN

6. GEFÜHL / EMOTION / PSYCHE

Wie fühlen Sie sich Emotional?

Bitte markieren Sie das Diagramm:

(1 = schlecht / depressiv | 10 = ich könnte die ganze Welt umarmen)

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10

Sind Sie bereit in Ihrem Leben Veränderungen zuzulassen? JA NEIN

Wenn ja: welche?

7. BILDSCHIRMZEIT / SITZZEIT / SCHLAF

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Um wie viel Uhr gehen Sie gewöhnlich zu Bett?

Wachen Sie nachts auf? JA NEIN

Wenn ja: wann / warum?

Wie hoch ist Ihre tägliche Bildschirmzeit (PC / Handy / Fernseher)?

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich in etwa?

8. ZU IHRER VORGESCHICHTE

Gab es Beschwerden / Störungen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen? JA NEIN

Wenn ja: welche?

Wie verlief Ihre Geburt? Gab es Komplikationen während Ihrer Geburt?

Beschreiben Sie sich bitte als Kind oder Jugendlichen:

Wie war die Schule / Ihr Elternhaus? Gab es Freunde ... ?

Wurden Sie als Kind / Jugendliche(r) operiert? JA NEIN

Wenn ja: wann / woran und wie oft?

Hatten Sie in Ihrem Leben Unfälle und / oder Verletzungen?

Womit hatten / haben Sie häufig oder intensiv in Ihrem Leben Probleme?

BITTE EINFACH MARKIEREN / EINKREISEN:

GALLENPROBLEME LEBERPROBLEME MAGENPROBLEME DARMPROBLEME

VERDAUUNGSTÖRUNGEN DEPRESSIONEN HAARAUSSFALL (KREISRUND) AKNE

GELENKPROBLEME MIGRÄNE KOPFSCHMERZEN ZAHNPROBLEME AUSFLUSS

HERZPROBLEME SCHILDDRÜSENPROBLEME KNOCHENBRÜCHE VERGESSLICHKEIT

SCHWINDEL ÄNGSTE HITZEWALLUNGEN WUTANFÄLLE LÄHMUNGEN

MUSKELKRÄMPFE LIBIDO VERLUST IMPOTENZ MENSTRUATIONSBESCHWERDEN

NERVOSITÄT ALKOHOLPROBLEME / DROGEN / NIKOTIN PROSTATABESCHWERDEN

9. MEDIKAMENTE / IMPFUNGEN

Wann war die letzte Impfung und welche war das?

Gab / gibt es Probleme / Störungen, welche im Zusammenhang mit Impfungen auftreten?

Welche Impfungen haben Sie als Kind / Jugendlicher erhalten?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? JA NEIN

Wenn ja: welche / in welcher Dosierung und seit wann?

Wie oft haben Sie in Ihrem Leben Antibiotika eingenommen (ca.) ? Wann das letzte mal?

Nehmen Sie zur Zeit Nahrungsergänzungsmittel? JA NEIN

Wenn ja: welche / in welcher Dosierung und seit wann?

Haben Sie in Ihrem Leben jemals Abführmittel genutzt? JA NEIN

10. ABSCHLUSS

Wollen Sie noch etwas ergänzen? Ist Ihnen noch etwas wichtig?