

A n a m n e s e b o g e n



PRAXIS AN DER
WALDSPIRALE

Bad Nauheimer Straße 15
64289 Darmstadt
Telefon 0 61 51/78 15 25
www.praxis-waldspirale.de

Datum :

Seite1

1. Nachname :

Vorname :

2. Geschlecht: männlich weiblich Geb.-Datum :

3. Personenstand : ledig verheiratet verwitwet geschieden

4. Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes oder Therapeuten:

5. Wie ist ihre Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?

Außerhalb des Hauses,
Vollzeit beschäftigt

Außerhalb des Hauses,
Teilzeit beschäftigt

Hausfrau / Hausmann

In Ausbildung

Arbeitslos

Schule / Studium

Berentet, altershalber

Berentet, gesundheitshalber

Berentet, freiwillig

6. Sportliche Betätigung?

regelmäßig

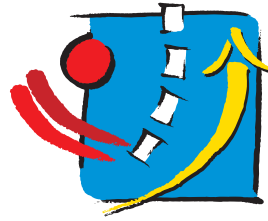
oft

selten

nie

Welche Sportarten? Wie oft pro Woche?

7. Was sind Ihre Hobbys bzw. Freizeitbeschäftigungen?



Seite 2

8. Bitte beschreiben sie die aktuellen Beschwerden, Symptome, und / oder Krankheiten, evtl. mit Diagnosen.

9. Seit wann haben Sie diese Beschwerden, Symptome und / oder Krankheiten?
Welche Ursachen oder Gründe gibt es, Ihrer Meinung nach, für deren Entstehen?

10. Bitte beschreiben Sie den Verlauf und die Ausbreitung der Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.



11. Haben oder hatten Sie Beschwerden oder chronische Erkrankungen in folgenden Bereichen?

Kopfbereich: Augen Ohren Nasennebenhöhlen Mandeln

Zähne: Wurzelbehandelte Zähne Weisheitszähne

Verdauungsbereich:

Blähungen Stuhlgang Magen Leber / Galle Bauchspeicheldrüse

Niere/Blase: _____

Herz/Lunge: _____

Knochen/Gelenke: _____

Unterleibserkrankung: _____

Stoffwechselerkrankung:

Diabetes Gicht Nikotin/Alkohol Erschöpfung/Müdigkeit

Schilddrüse: _____

bitte messen Sie 2 Tage vor dem morgendlichen Aufstehen Ihre Temperatur unter der Achsel und tragen Sie diese hier ein (Wenn möglich kein Digitalthermometer benutzen).

1. Tag: _____°C 2.Tag: _____°C

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

12. Sind die Beschwerden abhängig von der Tageszeit?

Ja Nein

Wenn Ja, wann?

13. Welche Therapien sind bislang durchgeführt worden und welche Ergebnisse haben diese erzielt?



14. Was oder welche Umstände verschlimmern die Beschwerden?

15. Was oder welche Umstände lindern Ihre Beschwerden?

Was hilft Ihnen, was tut gut?

16. Nehmen Sie Medikamente, bzw. welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

(wenn bekannt, bitte Wirkstoff mit angeben, z.B. Penicillin, Antibiotika, Cortison, Psychopharmaka etc.) Hormonpräparate, Nahrungsergänzungsmittel.



17. Wie schlafen Sie? (tief, oberflächlich, unruhig, werden Sie öfter wach oder schlafen Sie durch?)
Wenn Sie nachts aufwachen, was denken Sie ist die Ursache?

18. Wie wachen Sie morgens auf? (Ausgeruht oder gerädert, schmerzfrei oder mit Schmerzen?
Verstärken sich die Schmerzen gegen Morgen?)

19. Was wünschen / erhoffen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis und wie wäre das,
Ihrer Meinung nach, erreichbar ?



Seite 6

20. Wie viel Zeit sind sie bereit täglich für Ihre körperliche und seelische Gesundheit zu investieren ?

- 10 – 30 Min. 30 – 60 Min. mehr als 1 Std

21. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft (Mehrfachantworten möglich)

- ich lebe mit Ehepartner / Partner ich lebe bei Eltern / Schwiegereltern
- ich lebe mit Kindern
- ich lebe mit anderen Verwandten ich lebe mit Freunden / Bekannten
- ich lebe allein

22. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Lage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiäre Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung zu Freunden, Bekannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insgesamt mit dem Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre persönlichen Lebensumstände und auf Ihre Stimmungslage?



Seite 7

24. Wie viel Prozent haben Sie – Ihrer Einschätzung nach – durch Ihre Beschwerden / Erkrankung an Lebensqualität verloren?

- ca. 20% 50% 70% mehr als 70%

25. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und / oder Krankheiten auf Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit – Studium – Schule – Kindergarten)?

26. Ändern sich Ihre Beschwerden im Urlaub ?
Wie viel % besser oder schlechter ?

_____ % besser _____ % schlechter

27. Gibt es wegen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten laufende Gerichtsverfahren oder Anträge auf eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. auf ein Grad der Behinderung (GdB) oder gedenken Sie diese vorzunehmen ?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit