



## Anamnesebogen Erwachsene

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Termin sorgfältig aus.

### □ Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. (privat): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  
Kinder:  nein  ja, Anzahl: \_\_\_\_  
Name des Hausarztes / Therapeuten: \_\_\_\_\_  
Anschrift des Hausarztes / Therapeuten: \_\_\_\_\_

### □ Allgemeine Angaben

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm  
Nichtraucher:  Raucher:

### □ Informationen zur Geburt

Spontangeburt  Kaiserschnitt  Zangen- oder Saugglockengeburt  
Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_ Komplikationen: \_\_\_\_\_

### □ Verletzungen (auch aus der Kindheit)

Unfälle  Stürze  
 Knochenbrüche  Sportunfälle  
 Kopfverletzungen  
Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?  Fuß rechts  Fuß links Neigen Sie zu Stürzen?  Nein  Ja

### □ Bestehende Erkrankungen

Bluthochdruck  Gicht  
 Diabetes  Gefäßerkrankungen  
 Allergien – wenn ja, welche?  Unverträglichkeiten – wenn ja, welche?

### □ Störungen / Erkrankungen / Entzündungen bei folgenden Organen

Gehirn  Nervensystem  
 Lunge  Magen-Darm-Trakt  
 Nieren  Blase



- Leber
- Galle
- Bauchspeicheldrüse
- Gebärmutter
- Herz
- Schilddrüse

Probleme beim:  Stuhlgang  Wasserlassen

Häufig:  Durchfall  Verstopfung  nervöser Magen  Blähungen

### Psychische Belastungen

- Schlafstörungen
- Gereiztheit
- Unruhe
- Angstgefühle
- Überforderung
- Stress
- Konzentrationsschwäche
- Stimmungsschwankungen
- Arbeitsprobleme
- Leistungsabfall
- Familienprobleme
- andere Probleme

## □ Fragen an Frauen

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?  Nein  Ja – welche? \_\_\_\_\_

Unregelmäßige Blutungen?  Nein  Ja – in welchem Abstand? \_\_\_\_\_

Hormone / Pille?  Nein  Ja – bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

Geburten?  Nein  Ja – Art der Geburt: \_\_\_\_\_

Komplikationen während Schwangerschaft / Geburt?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Wechseljahrsbeschwerden?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

## □ Lebensstil

Essgewohnheit:  vegan  vegetarisch  Allesesser  überwiegend Fastfood  besondere Diät: \_\_\_\_\_

Trinkgewohnheit: ca. \_\_\_\_\_ Liter am Tag Alkohol:  Nein  Ja – wie oft? \_\_\_\_\_

Familiäre / Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente / Substanzen: \_\_\_\_\_

Operationen (bitte beschreiben): \_\_\_\_\_

Art der Narkose:  Vollnarkose  Teilnarkose  PDA (Rückennarkose)

Komplikationen / postoperative Beschwerden: \_\_\_\_\_

Bisherige Krankheiten: \_\_\_\_\_

## □ Ihre aktuellen Beschwerden

Wo befinden sich die Schmerzen? Bitte beschreiben Sie den genauen Schmerzort und die Fläche der Schmerzausstrahlung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schmerzskala (1 = sehr schwach, 10 = sehr stark):

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

schwach sehr stark

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Auslösendes Ereignis (Impfung, Krankheit, Belastung, Unfall, Medikamente etc.):

\_\_\_\_\_

Veränderung der Schmerzen?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Wie oft?  immer  mehrmals am Tag  wöchentlich  seltener

Wann?  tagsüber  nachts  im Liegen  im Ruhezustand  bei Belastung  beim Aufstehen  nach dem Essen

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)

\_\_\_\_\_

Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krampfend, klopfend, dumpf etc.):

\_\_\_\_\_

Weitere Symptome:

Schwellungen

Taubheitsgefühl

Kribbeln

Hautrötungen

Blässe

Seh- oder Hörstörungen

Schweißbildung

Schwindel

Berührungsempfindlichkeit

Muskelschwäche

Bewegungseinschränkungen

Koordinationsstörungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlung der Schmerzen und Erfolg: \_\_\_\_\_



---

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

---

**Absageregelung: Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.**

Datenschutzhinweis gemäß Art. 13 DSGVO: Die erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Behandlung und Abrechnung verarbeitet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Speicherung erfolgt gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen (§ 630f Abs. 3 BGB). Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Verantwortlich: Anna Marlen Fürstmann, Friedrich-Engels-Str. 15, 17268 Templin.