



Praxis Urselbach
Neutorallee 8
61440 Oberursel

Anamnesebogen

Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ + Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich bin damit einverstanden, in unregelmäßigen Abständen per E-Mail über gesundheitsbezogene Themen wie z.B. Vorträge, Gesundheitsmessen oder Aktionstage durch die Praxis Urselbach informiert zu werden.

Krankenversicherung _____

Wie oder durch wen sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? _____

Familienstand _____ Haben Sie Kinder? _____

Beruf und aktuelle Tätigkeit _____

Hobbies und Sport _____

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, und zwar bei:

Hausarzt Zahnarzt Facharzt _____

Heilpraktiker Osteopath Psychologe/ Psychiater Andere _____

Bitte nennen Sie Ihre **aktuellen Beschwerden**:

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf? _____

Gab es einen konkreten Auslöser für die Beschwerden? _____

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

sehr stark stark mittelstark leicht sehr leicht Ich habe keine Schmerzen

Wie fühlt sich der Schmerz an?

einschließend brennend krampfartig wellenförmig dumpf

Unter welcher Bedingung lassen die Schmerzen am ehesten nach?

Wärme Kälte Ruhe Hochlagerung Ablenkung

Bewegung in der Schonhaltung nach dem Stuhlgang unter keiner der genannten Bedingungen

Was haben Sie selbst bisher gegen die Beschwerden unternommen?



Krankengeschichte

Eigene Geburt:

Spontangeburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

Komplikationen: _____

Hatten Sie schwere Erkrankungen in der Kindheit?

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal einen Unfall oder sind schwer gestürzt? Wann ist das gewesen?

Sind Sie operiert worden? Warum und wann?

Für Frauen: Wie viele Schwangerschaften und Geburten hatten Sie?

Gibt es in Ihrer Familie gehäuft auftretende Erkrankungen?

Liegen bei Ihnen zusätzliche Risikofaktoren vor (Übergewicht, Bluthochdruck, Extremsport, Nacht-/ Schichtarbeit)?

Leiden Sie unter seelischen Belastungen (Stress, Konflikte, Trauer, Trennung, Pflegesituation)?

Fragen zur Ernährung und Gewohnheiten:

Tägliche Trinkmenge: _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Selten Manchmal Häufig

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel? _____

Gibt es Probleme mit der Verdauung? Nein Ja: _____

Leiden Sie unter vermehrtem Harndrang oder Inkontinenz? Ja Nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Nein Ja: _____

Treiben Sie regelmäßig Sport und wenn ja, welchen Sport betreiben Sie?

Gibt es noch etwas Wichtiges, das bisher nicht gefragt wurde?

Dieses Ziel möchte ich mit der Behandlung erreichen:
