

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Anamnese-Fragebogen aus, soweit Sie es können.
Evtl. offenbleibende *einzelne* Punkte klären wir dann gern gemeinsam im Gespräch.

Patienteninformationen

Allgemeine Informationen

Titel / Vorname / Nachname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Geburtstag / Geburtsort _____

Beruf / Position _____

Arbeitgeber / Firma _____

Familienstand _____

Krankenversicherung _____

Kinder

Anzahl / Alter / Geschlecht _____

Kommunikation

Telefon (privat) _____

Telefon (Arbeit) _____

FAX _____

Mobil _____

THREEMA ID _____

E-Mail _____



WIEDENMANN PRIVATPRAXIS

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Größe cm
Gewicht kg

Vorstellungsgrund / Beschwerden:

Rauchen Sie? Nein Ja, wieviel? _____
Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen _____

Operationen / Frühere Erkrankungen:

Bisher behandelnde Ärzte

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte | <input type="checkbox"/> Internet-Suche | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | | <input type="checkbox"/> Anti-Aging / Prävention |
| <input type="checkbox"/> Apotheke | | <input type="checkbox"/> Biologische Krebstherapie |
| <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten | | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> zufällig vorbeispaziert | | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Datum

Unterschrift

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Aktuelle Beschwerden:

- Ort der Beschwerden
- Seit wann bestehen die Beschwerden
- "Qualität" der Beschwerden: wie, zu welcher Zeit, wodurch besser oder schlechter, etc.

Ereignis(se) unmittelbar vor den jetzigen Beschwerden:

- Erkrankung, Impfung, Kummer, Sorgen, Schock, Unfall, Ärger, etc.

Medikamenteneinnahme:

- Handelsname oder Wirkstoff
- Dosierungen
- ... jeweils seit wann

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Einnahme von Antibiotika oder Cortison in den vergangenen 12 Monaten

Nein Ja, wegen _____

Wie häufig mussten Sie Antibiotika / Cortison in Ihrem Leben einnehmen?

Ihnen bekannte Krankheiten in Ihrer Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder):

<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seelische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen (z. B. Gicht)
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Sucht (Alkohol, Drogen, Nikotin, ...)
<input type="checkbox"/> Gallen- oder Nierensteine	<input type="checkbox"/> Suizid
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> Übergewicht
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Verdauungskrankheiten
<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen

Sonstige:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Impfungen, die Sie bekommen haben (bitte bringen Sie den Impfpass mit).

<input type="checkbox"/>	Pocken	<input type="checkbox"/>	Masern
<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	Mumps
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Tetanus
<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Polio
<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	FSME
<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Meningokokken

Sonstige:

Gab es Reaktionen auf die Impfungen?

<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	Hautveränderungen
<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/>	Unruhe	<input type="checkbox"/>	Lymphknotenschwellungen
<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Beschwerden		

Sonstige:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern

Röteln

Scharlach

Pfeiffer'sches Drüsenfieber

Mumps

Keuchhusten

Windpocken

Sonstige:

Haben Sie Beschwerden in Bezug auf:

Kopf

Kopfschmerzen

Benommenheit

Schwindel

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Augen

- Rötung
- Brennen
- Doppeltsehen
- Fremdkörpergefühl

- Juckreiz
- Lichtempfindlichkeit
- Druckgefühl

Sonstiges:

Nase

- Trockenheit
- Schnupfen
- Nasenbluten

- Niesreiz
- Krustenbildung

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Ohren

Mittelohrentzündung
Geräuschempfindlichkeit
Ohrgeräusche

Schwerhörigkeit
Gleichgewichtsstörungen
Tinnitus

Sonstiges:

Mund

Geschmack
Speichelfluss
Brennen der Zunge / Schleimhäute

Trockenheit
Aphten

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Zähne

Zahnfleischentzündung

Amalgamfüllungen

Wurzelbehandelte Zähne

Zahnersatz

Kronen

Sonstiges:

Hals

Mandelentzündungen

Schluckbeschwerden

Kloßgefühl

Heiserkeit

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Schilddrüse

Unterfunktion

Druck-/Kloßgefühl

Überfunktion

Sonstiges:

Lunge

Häufiger Husten

Schmerzen

Auswurf

Bronchitis

morgens

mittags

abends

beim Husten

beim Atmen

Asthma

COPD

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Herz

Druckgefühl

Brennen

Herzinfarkt gehabt

Angina Pectoris

Stechen

Beklemmungen

Stent(s)

Bypass

Sonstiges:

Leber / Galle

Druck- und Völlegefühl im rechten
Oberbauch

Operationen

Hepatitis

Gallensteine

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Milz-Bauchspeicheldrüse

Schmerzen

Druckempfindlichkeit

Pankreatitis

Diabetes

Operationen

Sonstiges:

Bewegungsapparat

Stechen

Ziehen

Schmerzen

Steifigkeit

Kribbeln

Taubheitsgefühl

Krämpfe

Gelenkbeschwerden

Sonstiges:



WIEDENMANN PRIVATPRAXIS

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Durchblutung

Krampfadern

Durchblutungsstörungen

Venenentzündungen

Sonstiges:

Rücken

Hexenschuss

Ischiasbeschwerden

Bekannte Bandscheibenschäden

Wirbelsäulenveränderungen

Operationen

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Magen-Darm-Trakt

<input type="checkbox"/>	Aufstoßen
<input type="checkbox"/>	Übelkeit
<input type="checkbox"/>	Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Blähungen
<input type="checkbox"/>	Verstopfung

<input type="checkbox"/>	Sodbrennen
<input type="checkbox"/>	Erbrechen
<input type="checkbox"/>	Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/>	Koliken
<input type="checkbox"/>	Durchfall

Sonstiges:

Stuhlgang

<input type="checkbox"/>	täglich
--------------------------	---------

Jeden	<input type="checkbox"/>	mal täglich
	<input type="checkbox"/>	ten Tag



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

hell
fettig
pastenartig
blutig
geformt
unverdaut
trocken
wässrig

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

dunkel
breiig
schleimig
übelriechend
knollig
hart
dünn

Sonstiges:

Urogenitaltrakt (Nieren / Blase / Genitalien)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Stechen
Juckreiz
Entzündung

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Brennen
Schmerzen

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Urin

<input type="checkbox"/>	mal <u>nachts</u>
<input type="checkbox"/>	viel
<input type="checkbox"/>	wenig
<input type="checkbox"/>	Auffallende/r Farbe/Geruch (ggf. unten beschreiben)

<input type="checkbox"/>	mal <u>während des Tages</u>
<input type="checkbox"/>	viel
<input type="checkbox"/>	wenig
<input type="checkbox"/>	Auffallende/r Farbe/Geruch (ggf. unten beschreiben)

Sonstiges:

Gynäkologie

<input type="checkbox"/>	Eierstockentzündungen
<input type="checkbox"/>	Myome
<input type="checkbox"/>	Tumore
<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Ausschabungen

<input type="checkbox"/>	Zysten
<input type="checkbox"/>	Condylome / Warzen
<input type="checkbox"/>	Operationen
<input type="checkbox"/>	Fehlgeburten
<input type="checkbox"/>	Wechseljahresbeschwerden

Sonstiges:



Menses

<input type="checkbox"/>	stark
<input type="checkbox"/>	kurz
<input type="checkbox"/>	hell
<input type="checkbox"/>	klumpig
<input type="checkbox"/>	schmerzhaft

<input type="checkbox"/>	schwach
<input type="checkbox"/>	lang
<input type="checkbox"/>	dunkel
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	vor
<input type="checkbox"/>	während
<input type="checkbox"/>	nach
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Abstand der Blutungen / Zyklus
<input type="checkbox"/>	Zwischenblutungen

Fluor (Ausfluss)

<input type="checkbox"/>	schwach
<input type="checkbox"/>	übelriechend
<input type="checkbox"/>	Farbe

<input type="checkbox"/>	stark
<input type="checkbox"/>	wundmachend



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Prostata

Vergrößerung
Brennen
Entzündungen

Beschwerden beim Wasserlassen
Nachträufeln

Sonstiges:

Sexualität

Verlangen
Blutung

Abneigung
Schmerzen

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Haut

- trocken
- Rötungen
- Juckreiz
- Ekzeme
- Warzen
- Neurodermitis
- Pilze
- Viele Muttermale

- fettig
- Brennen
- Akne
- Herpes
- Allergien
- Narben
- Geschwüre

Sonstiges:

Haare

- Haarwuchs
- Plötzlicher Haarausfall

- schnell
- langsam

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Nägel

- fleckig
 deformiert

- spröde
 eingewachsen

Sonstiges:

Schlaf

- Häufiges Aufwachen
 Schwierigkeiten beim

- Träume

- Schlaflosigkeit
 Zähneknirschen

- unruhig
 Einschlafen
 Durchschlafen
 Kann mich nicht erinnern
 Oft Alpträume
 Schöne Träume
 Sprechen im Schlaf
 Nachtschweiß

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Schlaflage

<input type="checkbox"/>	Bauch
<input type="checkbox"/>	links
<input type="checkbox"/>	zusammengerollt

<input type="checkbox"/>	Rücken
<input type="checkbox"/>	rechts

Sonstiges:

Appetit

<input type="checkbox"/>	normal
<input type="checkbox"/>	wenig
<input type="checkbox"/>	Heißhunger nachts

<input type="checkbox"/>	keinen
<input type="checkbox"/>	viel
<input type="checkbox"/>	Heißhunger auf bestimmte Speisen

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Abneigung gegen

- Süßes
- Salziges
- Fleisch
- Fett
- Ei
- Gemüse
- Obst
- Tabak
- Drogen

- Saures
- Scharfes
- Fisch
- Milch
- Butter
- Zwiebeln
- Alkohol
- Kaffee

Sonstiges:

Durst

- Praktisch nicht
- wenig
- große Mengen
- nachts

- viel
- auf Kaltes
- auf Warmes / Heißes

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Geschmacksbeeinträchtigung "für mich schmeckt alles"

<input type="checkbox"/>	sauer
<input type="checkbox"/>	süß
<input type="checkbox"/>	bitter
<input type="checkbox"/>	faulig

<input type="checkbox"/>	salzig
<input type="checkbox"/>	fade
<input type="checkbox"/>	metallisch

Sonstiges:

Schweiß

<input type="checkbox"/>	Kopf
<input type="checkbox"/>	Rücken
<input type="checkbox"/>	Hände
<input type="checkbox"/>	kalt
<input type="checkbox"/>	klebrig
<input type="checkbox"/>	nachts
<input type="checkbox"/>	extrem wenig

<input type="checkbox"/>	Brust
<input type="checkbox"/>	Achseln
<input type="checkbox"/>	Füße
<input type="checkbox"/>	warm
<input type="checkbox"/>	überriechend
<input type="checkbox"/>	nervös

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Temperaturempfinden

Eher "frostig"

eher "hitzig"

kalte Hände

kalte Füße / Beine

warme Hände

warme Füße / Beine

Sonstiges:

Stimmung

ausgeglichen

exaltiert / aufgeregte / übersteigert

weinerlich

fröhlich

traurig

depressiv

Sonstiges:



Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Temperament

<input type="checkbox"/>	mutig
<input type="checkbox"/>	lebhaft

<input type="checkbox"/>	zurückhaltend
<input type="checkbox"/>	nervös

Sonstiges:

Geselligkeit

<input type="checkbox"/>	einsam
<input type="checkbox"/>	lieber allein

<input type="checkbox"/>	gesellig
<input type="checkbox"/>	so gut wie nie allein

Sonstiges:

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



Gibt es etwas, wovor Sie Angst haben

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre bisher schlimmsten Lebensereignisse

Beschreiben Sie bitte kurz die größten Freuden Ihres bisherigen Lebens

Was tun Sie wirklich gerne? (beruflich und privat)

Ihr Arzt in Nürnberg für ganzheitliche Medizin und aktive Vorsorge



... und was überhaupt nicht?

Welche Ansichten und Launen passen nicht zu Ihnen?

Wie ist Ihre Lebenssituation bezüglich Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz?

Haben Sie Sorgen oder fühlen Sie sich unglücklich über irgendwelche persönlichen, häuslichen, wirtschaftlichen, sozialen Umstände oder dergleichen?

Wenn dem so ist, beschreiben Sie es bitte. Sollten Sie dies hier nicht im Detail beschreiben wollen, ist das auch kein Problem. Ich möchte nur, dass Sie einmal darüber nachdenken. In unserem Gespräch sollten wir auch diesen Aspekt Ihres Lebens kurz ansprechen.