



**Eltern**  
stehen auf e.V.

<b>Anamnese-Fragebogen</b>	
Name:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon Festnetz:	Mobil:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Größe:	Gewicht:
Haarfarbe (Naturhaarfärbung):	Augenfarbe:
Hautteint:	
Blutgruppe:	Rhesusfaktor (wenn bekannt):
Familienstand:	
Religion (Glaubensrichtung):	
Abschluss:	Ausbildung:
Beruf:	

### Bestehen aktuell gesundheitliche Beschwerden?

Wenn Ja, bitte möglichst mit Datum wann die Beschwerden begonnen haben und was Ihnen genau Probleme macht!	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Seit _____ (Jahr/Monat) Was?
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Seit _____ (Jahr/Monat) Was?
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Seit _____ (Jahr/Monat)

Von alt nach neu sortieren



**Wenn zuvor mit JA geantwortet wurde:**

Kam es VOR Beginn der Beschwerden zu irgendwelchen Veränderungen oder auch medizinische „Notwendigkeiten“?

1. Medikamentenumstellung? (Blutdruck, Diabetes...)
2. Akute Verschreibung und Einnahme von Medikamenten? (zb. Antibiotika)
3. Hormonpräparate? (Fluorchinolone; Schwangerschaftsverhütung)
4. Impfungen?
5. Zahnfüllungen (oder generelle Eingriffe im Dentalbereich)?

<b>Zu 1:</b>
<b>Zu 2:</b>
<b>Zu 3:</b>
<b>Zu 4:</b>
<b>Zu 5:</b>

<b>Aktuelle Medikamente</b>		
<b>Name/Hersteller/Wirkstoff?</b>	<b>Dosierung?</b>	<b>Seit wann?</b>



Abgesetzte Medikamente			
Name/Hersteller/Wirkstoff?	Dosierung?	Bis wann?	Seit wann nichtmehr?

Genussmittel					
	Nein	Ja	Wie viel? Schachteln, Stunden, gramm usw)	Seit wann?	Seit wann nichtmehr?
<b>Rauchen</b>					
<b>Alkohol</b>					
<b>Drogen</b>					
<b>Handy-Sucht/Internet</b>					
<b>Koffein</b>					
<b>Cola:</b>					
<b>Süßwaren</b>					
<b>Schokolade</b>					
<b>Umweltgifte</b>					

Sonstiges				
	Nein	Ja	Was?	Seit wann?
<b>Allergien?</b> (ALLES worauf Mensch allergisch werden kann)				
<b>Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?</b> (Laktose, Gluten...usw)				
<b>Fremdkörper?</b> (Schrauben, Metalle, Prothesen usw)				
<b>Narben?</b> (Zb. OP Narben)				

Melden sich Fremdkörper oder Narben bei Wetterwechsel:



Zahnstatus			Welcher Zahn?	Wie viele?	Seit Wann?	Grund
Amalgam	Nein ☒	Ja ☒				
Wurzelbehandlungen	Nein ☒	Ja ☒				
Implantate	Nein ☒	Ja ☒				
Brücken	Nein ☒	Ja ☒				

<u>Vegetative Anamnese</u>	
Appetit: (normal?)	
Trinken: (ausreichend?)	
Stuhlgang: (regelmäßig?)	
Wasserlassen: (regelmäßig?)	
Schlaf: (erholsam, schlecht?)	
Schwitzen: (vermehrt? Starker Geruch?)	
Entwicklung des Körpergewichtes: (häufig Zu- und Abnahme?)	
Sport: (Welcher Sport, seit wann, wie intensiv?):	
Wichtige frühere Krankheiten und OPs:	



**Eltern**  
stehen auf e.V.

<b>Familienanamnese - Blutsverwandschaft (Erkrankungen, sonstiges)</b>
<b>Vater:</b>
<b>Mutter:</b>
<b>Geschwister:</b>
<b>Großeltern:</b>
<b>Väterlicherseits:</b>
<b>Mütterlicherseits:</b>
<b>Entfernter:</b>



## Zusätzliche Seite für Frauen - Gynäkologische Biographie

Jahreszahl, Ereignis, ihr Alter bei dem Ereignis

<b>Erste Monatsblutung:</b>	
<b>Zyklus:</b> (regelmäßig, Anzahl der Tage)	
<b>Pille</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> seit wann?:	
<b>Spirale</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> seit wann?:	
<b>Nebenwirkungen der Verhütungsmethoden?</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Welche?:</b>	
<b>Schwangerschaften:</b> (Anzahl)	
<b>Komplikationen:</b>	
<b>Fehlgeburten:</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Wie viele?:</b>	
<b>Abtreibungen:</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Wie viele?:</b>	
<b>Kinder:</b> (Anzahl):	
<b>Entbindungsart:</b> Normal <input type="checkbox"/> Sectio <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/>	
<b>Gestillt?</b>	
<b>Menopause:</b> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> seit ca. (Monat, Jahr):	
<b>Sonstige Gynäkologische-Operationen:</b> (Gebärmutter, Eierstöcke, Brustdrüsen)	